Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Rapport sur le dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada

Préparé pour la
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Par Judith Maxwell, Karen Jackson et Barbara Legowski
Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Steven Rosell et Daniel Yankelovich
Viewpoint Learning Inc.

Avec la collaboration de
Pierre-Gerlier Forest et Larissa Lozowchuk
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

juin 2002

102-06241/

Rapport sur le dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada

No de Catalogue : CP32-77/2002F
ISBN : 0-662-87395-5

Table des matières

Sommaire		v
Remerciements		xv
I	**En quoi consiste le dialogue avec les citoyens ?**	**1**
	Les raisons	1
	La démarche	1
	La méthodologie	3
	Le dialogue sur les soins de santé	5
	Qui étaient les participants ?	6
II	**Les défis et les choix qui s'offrent aux citoyens**	**9**
	Les défis	9
	Les scénarios	13
III	**Les valeurs des Canadiens**	**15**
	Les valeurs fondamentales en 2002	16
	Le modèle canadien – 2002	23
IV	**Matinée : L'avenir souhaité pour le système de soins de santé**	**27**
	Jugement initial des quatre scénarios	27
	Début du dialogue	28
	Le système de soins de santé préféré	30
V	**Après-midi : choix et compromis**	**35**
	Réorganisation de la prestation des services	35
	Davantage de fonds... publics	40
	Responsabilisation et transparence accrues	46
	Opinion des gens sur la réforme de la santé	53
VI	**Confirmer les choix**	**55**
	Jugement final des quatre scénarios	55
	Sondage de suivi	58
VII	**Conclusions**	**65**
	Conclusions des participants	65
	Conclusions en matières de politiques	66
	Observations de la fin	71

Annexes
1 – Étapes d'un projet ChoiceWork 73
2 – Dates et lieux de dialogue 74
3 – Questions possibles (à l'usage des facilitateurs) 75
4 – Résultats quantitatifs 77
5 – Cahier du participant 78

Notes **121**

Sommaire

Introduction

Les sondages d'opinion révèlent que les Canadiens sont profondément attachés à leur système de soins de santé[1]. Ces sondages montrent régulièrement que les Canadiens non seulement veulent avoir un accès rapide à des services de haute qualité et jouir d'une protection universelle, mais encore qu'ils s'attendent à tout cela. Mais ils indiquent par ailleurs que les Canadiens n'ont pas encore résolu la question de savoir comment payer le mieux les coûts croissants de ces services, et comment y accéder le mieux dans une société qui a changé depuis l'instauration du régime d'assurance-santé.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a décidé d'aller au-delà du genre de renseignements que fournissent les sondages. Elle voulait apprendre comment les Canadiens concilient les compromis difficiles que suppose le maintien du système de soins de santé au XXI^{e} siècle. Elle recherchait des renseignements fiables sur les valeurs des citoyens et sur les choix qu'ils privilégient lorsqu'on leur demande de faire des compromis difficiles. Comme le commissaire Romanow l'a dit aux participants au dialogue dans le cadre de ce projet :

> Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses. Ce que je cherche dans ce projet, c'est avoir une meilleure idée de ce que vous, *collectivement*, considérez comme important et ce qui est, selon vous, le bon chemin à suivre et pourquoi. Je veux savoir quels aspects des solutions vous préférez – ou n'aimez pas – pour mieux cerner les recommandations finales que fera ma Commission.

À cette fin, la Commission a formé un partenariat avec les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques et Viewpoint Learning afin d'organiser un dialogue avec les citoyens à l'aide de la méthodologie dite « ChoiceWork Dialogue »[2].

Le processus

Le dialogue a comporté douze séances tenues d'un bout à l'autre du pays; environ 40 citoyens participaient à chacune. Ceux-ci avaient été choisis au hasard de manière à assurer une bonne représentativité de la population canadienne. Lorsqu'on a communiqué avec eux, les gens ont vite consenti à consacrer au dialogue une journée complète au cours d'une fin de semaine et, dans certains cas, à faire de longs trajets. Presque tous ceux qui avaient accepté se sont présentés aux heures et lieux convenus, malgré les risques habituels associés aux déplacements pendant l'hiver canadien. Ils étaient informés et sérieux à leur arrivée, et il a été remarquable de constater combien rapidement ils ont absorbé encore plus d'information, au contact les uns des autres et en prenant connaissance des documents établis en vue du dialogue.

---

1 Mendelsohn, Matthew, « Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle grâce à l'innovation », rédigé pour le compte de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001.

2 ChoiceWork Dialogue est une méthodologie élaborée par Viewpoint Learning. Elle est décrite plus en détail au chapitre I.

Les participants ont été invités à réfléchir à quatre scénarios de réforme du système de soins de santé. Chacun se fonde sur une formule de réforme dont on discute activement au Canada à l'heure actuelle.

- Le premier scénario examine un *accroissement des investissements publics* dans les médecins, les infirmières et le matériel au moyen d'augmentations des impôts ou par la réaffectation de fonds provenant d'autres programmes gouvernementaux.

- Le deuxième scénario suppose une forme de paiement privé pour les soins de santé. Il propose, sous le titre *partager les coûts et les responsabilités*, un système de quote-parts devant être assumées par les usagers des services de santé.

- Le troisième scénario propose une restructuration plus radicale des soins de santé de manière à créer un système parallèle privé. *Laisser le choix* permettrait aux gens d'avoir accès à des fournisseurs du secteur privé en les payant à même leurs ressources personnelles ou grâce à une assurance privée.

- Le quatrième scénario propose une restructuration interne majeure afin de *réorganiser la prestation des services*. Chaque Canadien s'inscrirait auprès d'un réseau de prestation de soins de santé qui comprendrait des médecins, des infirmières et d'autres professionnels travaillant en équipe.

La première tâche des citoyens a consisté à utiliser l'information fournie dans ces scénarios pour créer leur propre vision du système de soins de santé qu'ils aimeraient voir en place dans dix ans. Ils ont ensuite passé presque cinq heures à recenser les compromis et les choix difficiles à faire pour réaliser cette vision. Celle-ci et les choix et compromis qu'ils ont faits ont été remarquablement uniformes parmi les 12 groupes. Un sondage téléphonique de suivi, effectué auprès d'un échantillon plus important de Canadiens, a depuis confirmé cette vision et ces choix et compromis.

Les tentatives passées pour faire participer les citoyens à la réforme du système de soins de santé ont été entravées par leur résistance à faire les compromis difficiles. Le Forum national sur la santé de 1996 avait constaté, par exemple, que les « participants [avaient] fait preuve d'ingéniosité pour éviter les questions difficiles ». La journée complète de discussion et la méthodologie ChoiceWork n'ont pas permis aux citoyens d'éviter ces choix. Le temps et l'information qu'on leur a donnés et la possibilité de débattre les compromis difficiles les uns avec les autres leur ont plutôt permis d'exprimer leurs valeurs et de trouver des choix et solutions de rechange acceptables fondés sur celles-ci.

Le présent rapport comporte deux genres d'analyse, soit une analyse quantitative des questionnaires préalables et postérieurs au dialogue et du sondage national, et une analyse qualitative des bandes vidéo et des notes prises par les observateurs lors de chaque séance.

Constatations clés

Les Canadiens prennent à coeur le système de soins de santé et sont très inquiets de son avenir. Ils veulent conserver les principes de base du régime qui concordent avec les valeurs d'universalité, d'égalité d'accès, de solidarité et de justice qui leur sont chères. Mais ils déclarent par ailleurs très clairement que les utilisations actuelles des ressources affectées aux soins de santé ne correspondent pas bien avec leurs valeurs d'efficacité et de responsabilisation. Ils veulent non seulement conserver et protéger le meilleur du système mis au point au cours des dernières décennies, mais encore le mettre à jour et en assurer la viabilité pour l'avenir. À cette fin, ils sont prêts à modifier leur propre comportement, et ils s'attendent à ce que les fournisseurs de soins, les gestionnaires et les gouvernements fassent de même. Lorsqu'on leur donne la chance d'approfondir les questions, les citoyens sont beaucoup plus ouverts au changement dans la prestation des services de santé que la plupart des politiciens l'imaginent.

Lorsqu'ils pèsent les avantages et les inconvénients des quatre scénarios et les examinent avec leurs concitoyens, ils arrivent à un consensus qui fait appel à trois des quatre scénarios. Mais ils vont au-delà de ceux-ci. Ils passent en revue les possibilités, en rejettent certaines et en acceptent d'autres qu'ils raffinent afin de parvenir à un jugement sur un ensemble acceptable de paramètres pour l'avenir.

L'ordre exact des étapes varie quelque peu d'un groupe à l'autre, mais les citoyens forment leur logique de réforme de la manière suivante :

- D'abord, de nombreux citoyens espèrent que l'on pourra « réparer » le système simplement en éliminant le gaspillage et en améliorant l'efficacité de la gestion et de la prestation des services, et peut-être en y réaffectant des fonds d'autres programmes. Mais leur espoir commence à s'éteindre lorsqu'ils mettent leur expérience en commun avec les autres et se penchent sur les problèmes et les coûts actuels et prévus des soins de santé.

- Ils portent ensuite leur attention sur le renouvellement du système au moyen de réformes compatibles avec les valeurs d'accès fondé sur le besoin, la justice et l'efficacité. Ils voient les possibilités qu'offre une équipe de professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens et autres) pour fournir des soins primaires plus coordonnés et soutenus par un système d'information central. Ils sont en outre très attirés par l'idée qu'une telle équipe non seulement fournirait des soins plus coordonnés et rentables, mais encore serait davantage incitée à mettre l'accent sur le mieux-être, la prévention et l'éducation des malades. Ils comprennent que le bon fonctionnement de ce système exigera des modifications du comportement des citoyens, des fournisseurs de services et des gouvernements.

- Lorsqu'ils examinent les changements qu'ils sont prêts à accepter pour assurer le succès de ces réformes, les citoyens consentent, par exemple, à s'inscrire auprès d'une équipe de professionnels de la santé pour au moins une année, à consulter une infirmière pour les soins de routine et à utiliser davantage les nouvelles technologies,

dont les lignes téléphoniques ouvertes en permanence. Et, nonobstant leurs préoccupations réelles touchant la vie privée, ils consentent à rendre leurs renseignements médicaux personnels plus accessibles au moyen d'une carte à puce, afin d'aider à améliorer la coordination des soins et à déceler les abus du système. Ils concluent que les avantages de la carte intelligente l'emportent sur les coûts (vie privée). Ils s'engagent en outre à prendre davantage la responsabilité de leur santé en mangeant mieux, en faisant de l'exercice et en menant une vie plus saine.

- Même avec ces changements, les participants se rendent compte qu'il faudra accroître le financement pour soutenir le système de soins de santé auquel ils tiennent. Ils se débattent avec la question de la provenance des fonds.

- Ils écartent le recours à une augmentation de l'investissement privé par le truchement d'un système privé parallèle comme moyen d'accroître le financement des soins de santé. Ils explorent l'idée, mais la plupart soulignent qu'un tel scénario serait acceptable seulement s'il ne faisait aucun tort au système public. À la fin du dialogue, ils rejettent ce scénario, car ils concluent qu'il ne peut satisfaire à ce critère et qu'il détournerait des ressources précieuses du système public.

- Ils se débattent aussi avec l'idée de la participation aux coûts. Ils reconnaissent que celles-ci engendreraient certains revenus, et beaucoup estiment qu'elles décourageraient l'utilisation inopportune du système. Mais les participants sont très mal à l'aise à l'idée d'imposer des frais modérateurs à l'égard des services de base, car ils croient que cela découragera les personnes économiquement faibles de se faire soigner lorsqu'elles en auront besoin. Cette préoccupation subsiste même lorsqu'on propose d'établir une subvention à l'intention des citoyens à faible revenu. La plupart concluent que l'utilisation de systèmes d'information et de la carte à puce offrirait un meilleur moyen de réduire l'abus du système. Ils s'attendent à ce que les cartes électroniques permettent de surveiller l'utilisation individuelle du système de sorte que des mesures correctrices puissent être prises lorsqu'on constate des abus. Beaucoup souhaitent par ailleurs recevoir un imprimé annuel rendant compte de leur utilisation du système et des coûts correspondants. À la fin, on laisse la porte ouverte aux frais modérateurs pour des services supplémentaires seulement (par exemple, sur un second avis exprimé par un médecin à l'extérieur du système d'inscription).

- Finalement, les participants se tournent vers le financement public et, à contrecoeur, vers les augmentations d'impôts de préférence aux compressions des programmes actuels. Ils espèrent d'abord qu'il sera possible de recourir à des transferts de fonds en provenance d'autres programmes, mais, à mesure qu'ils examinent les possibilités (comme l'éducation et les programmes sociaux) et les éliminent une par une, ils se retrouvent avec les augmentations d'impôt comme seul choix viable.

- Les citoyens posent en même temps des conditions très strictes à leur appui pour toute augmentation des impôts. Ils insistent sur une plus grande responsabilisation des fournisseurs de services et des gouvernements, ainsi que des usagers. « Nous dépensons déjà 100 milliards de dollars, nous devons nous reprendre en main »,

disent-ils. Ils demandent plus de transparence quant à l'emploi de l'argent et aux mesures qui ajoutent une valeur. La méfiance à l'égard du mode de gestion du système de soins de santé a été manifeste lors de chacun des dialogues. De même, les participants ont exprimé à chaque séance leurs préoccupations touchant la responsabilisation, la transparence et ce qu'ils obtiennent pour leur argent. Partout au pays, ils ont souligné avec clarté et avec une uniformité remarquable les améliorations qu'ils souhaitent voir apporter à la gestion du système :

- *Accroître la transparence* – Les Canadiens veulent savoir où va l'argent. Ils veulent voir des rapports réguliers sur leur région et leur gouvernement explicitant la façon dont le système est utilisé et l'argent dépensé.

- *Affecter une partie des impôts aux soins de santé* – Pour favoriser davantage la transparence, les Canadiens veulent être sûrs que toute partie des impôts censée être utilisée pour les soins de santé le soit vraiment.

- *Nommer un vérificateur général pour la santé* – Les Canadiens veulent connaître le rapport qualité-prix, ils veulent savoir comment le rendement de leur administration évolue et ce qu'il est par rapport aux autres administrations. Ils croient que ces informations devraient venir d'un organisme indépendant, comme un vérificateur général pour la santé qui aurait une compétence globale sur le régime d'assurance-santé.

- *Augmenter l'efficacité et la coopération au sein des gouvernements et parmi eux* – Les Canadiens :

  - sont las des querelles « fédéral-provincial »; ils estiment que cela augmente les coûts et retarde les décisions sans pour cela améliorer les services qu'ils reçoivent; ils veulent savoir plus clairement qui est responsable de quoi pour pouvoir demander des comptes;

  - connaissent le lien entre les responsabilités sanitaires du gouvernement et ses autres responsabilités comme l'environnement, les programmes sociaux et le logement; ils veulent des stratégies communes interministérielles pour se pencher sur les facteurs déterminants de la santé;

  - exigent une plus grande efficacité en général; par exemple, ils croient que lorsque des établissements régionaux sont créés, la taille des ministères provinciaux devrait diminuer, et que les politiciens et les ministres ne devraient rien trouver à redire aux décisions prises au niveau régional ou local; globalement, ils souhaitent moins de chevauchements et un énoncé plus clair des responsabilités.

- *Nommer un ombudsman national* – D'aucuns aimeraient qu'on nomme un ombudsman national pour les usagers; celui-ci défendrait leurs intérêts.

À la fin de la journée, les réactions des citoyens aux scénarios révèlent une ouverture beaucoup plus grande au changement que celle qui existait huit heures auparavant. Ils ont modifié leurs stéréotypes de départ et ont fini par reconnaître les mérites et les possibilités d'approches qu'ils n'aimaient pas initialement. À la fin des dialogues, une proportion extraordinaire de 8 participants sur 10 (79 %) étaient partisans de la réorganisation de la prestation des services. Par contraste, malgré une discussion poussée, près de la moitié (47 %) restaient fermement opposés à l'augmentation des choix privés au moyen d'un système privé parallèle, tandis que 39 % manifestaient leur appui pour cette formule.

Le modèle canadien – 2002

Valeurs relatives aux soins de santé

Universalité… tout le monde est couvert
Équité… accès équitable selon les besoins
Solidarité… nous formons une équipe – tout le monde contribue aux soins de santé et tout le monde en bénéficie quand il en a besoin
Impartialité… contribuer selon ses moyens
Qualité… des soins appropriés
Mieux-être… la prévention, c'est la clé
Efficacité… bonne gestion et comportements responsables pour garantir le bon usage des fonds
Responsabilisation… tout le monde est responsable de la façon dont il utilise le système; transparence dans le processus décisionnel et dans la gestion des dépenses

Les citoyens acquièrent un plus grand sentiment de propriété à l'égard du système de soins de santé pendant les dialogues. Ils vont au-delà de leur rôle d'usagers ou de consommateurs pour se voir comme des propriétaires, des investisseurs et des parties intéressées. Leur jugement final, à l'issue de la séance, exprime l'essence d'un contrat de soins de santé révisé entre les citoyens ainsi qu'entre ceux-ci et le système, soit gouvernements, gestionnaires et fournisseurs de soins.

Le contrat de soins de santé imaginé par les Canadiens en 2002 diffère de celui du passé. Au milieu des années 1960, lorsque le régime d'assurance-santé a été instauré, un de ses buts essentiels consistait à protéger les citoyens de la faillite personnelle. En 1984, lors de l'institution de la *Loi canadienne sur la santé*, on visait principalement à soutenir l'universalité et l'égalité d'accès. Aujourd'hui, en 2002, les citoyens à qui on fournit l'occasion de réfléchir profondément aux défis auxquels nous faisons face sont prêts à voir modifier le système afin de conserver l'essence du régime de soins médicaux tout en l'adaptant à des réalités nouvelles. Ils estiment que le système tel qu'il fonctionne actuellement n'est pas viable. Une fois qu'ils ont examiné sérieusement les choix et les compromis, la plupart des Canadiens concluent qu'ils ne sont pas disposés à payer plus

pour le statu quo, mais qu'ils sont prêts à payer plus si certaines conditions sont satisfaites.

La modification la plus importante est l'introduction de valeurs économiques et politiques explicites dans le contrat. L'efficacité et la responsabilisation étaient au nombre des valeurs définies par le Forum national sur la santé en 1996, mais elles n'étaient pas exprimées dans les choix de soins de santé. Elles le sont maintenant, et elles apportent un côté plus exigeant à la logique de la réforme.

Ainsi, les **citoyens** parlent ouvertement de leurs droits et de leurs responsabilités de citoyens. Ils estiment avoir droit à un accès égal à des soins de santé efficaces et adaptés à leurs besoins. Mais ils dressent par ailleurs une liste de devoirs personnels dont ils doivent être tenus responsables, soit veiller à leur propre santé, utiliser le système judicieusement, adapter leur façon d'y accéder pour permettre des gains d'efficacité, et payer leur juste part du coût fiscal.

En un mot, la contribution particulière du dialogue avec les citoyens a consisté à permettre à ceux-ci d'unir des valeurs nouvelles et anciennes dans un contrat de soins de santé révisé et mis à jour en fonction des réalités de 2002. Ils ont ensuite appliqué ces valeurs d'une manière inédite et puissante aux questions fondamentales de la réforme des soins de santé.

Les citoyens essaient de parvenir à un système de soins de santé fondé sur le régime d'assurance santé, qui sera meilleur et financièrement viable. Ils ont utilisé leurs valeurs et leurs principes de base pour donner aux gouvernements la permission d'effectuer des réformes importantes. Ils ont par ailleurs assujetti leur consentement à des conditions très difficiles.

On peut formuler leur nouveau contrat de soins de santé à peu près dans les termes suivants :

> *L'égalité d'accès et la couverture universelle ont beaucoup de valeur pour nous. Les soins de santé représentent une ressource publique, c'est-à-dire pour tous. Ainsi, nous participerons à la création d'un système de santé viable à trois conditions : une gestion et une prestation de services plus efficaces, des soins de santé mieux coordonnés et privilégiant le malade ainsi qu'une plus grande transparence et une responsabilisation quant à la façon dont l'argent destiné aux soins de santé est dépensé.*
>
> *Ces engagements en bonne voie, nous sommes prêts à changer notre comportement pour promouvoir le bien-être, à faire certains sacrifices dans la manière dont nous utilisons le système et à payer davantage. Lorsqu'on dit payer davantage, on signifie payer plus d'impôts pour la partie destinée à la santé afin que les services fondamentaux soient financés par un plus grand investissement public. En dernière instance, nous accepterons la participation aux coûts ou les frais modérateurs, mais seulement pour un nombre limité de services*

supplémentaires. À tout prendre, nous ne sommes pas favorables à la création d'un système privé en parallèle.

Conséquences en matière de politiques

Ces résultats entraînent un certain nombre de conséquences additionnelles importantes pour les décideurs.

- Premièrement, il y a un large écart de point de vue entre le public et l'élite des soins de santé au Canada. L'élite a passé dix années à réformer le système pour le rendre plus efficace. Mais les citoyens semblent dire que cette restructuration n'a pas amélioré les soins quotidiens qu'ils connaissent régulièrement, en ce sens qu'ils paient plus cher et obtiennent moins pour leur argent. Elle ne les a pas non plus rendus plus confiants dans la viabilité actuelle du système.

- Il y a des possibilités de réforme du système qui n'existaient pas par le passé. Les citoyens sont prêts à adopter de nouvelles façons de traiter avec les fournisseurs de services, chose à laquelle les décideurs ont habituellement supposé qu'ils résisteraient. De plus, les technologies d'information et de communication offrent à leurs yeux le double avantage d'accroître l'efficacité et de rendre les soins plus accessibles. Sur la question du mieux-être, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, les citoyens ont exprimé des avis remarquablement uniformes d'un océan à l'autre. Les observateurs se sont demandé si la société canadienne est sur le point de substituer à la façon de penser fondée sur la maladie une optique axée sur le mieux-être. Les citoyens ont une conception large du mieux-être. C'est une responsabilité personnelle, une affaire de chance et une responsabilité de l'État. Cette dernière responsabilité intéresse presque tous les ministères du gouvernement, dont l'industrie, l'environnement, le logement, les transports, les ressources naturelles, l'agriculture, l'éducation, pour ne nommer que ceux-là. Les citoyens se sentent vulnérables aux risques pour la santé présentés par l'air qu'ils respirent, par l'eau qu'ils boivent et par les aliments et drogues qu'ils absorbent. Mis ensemble, leur vulnérabilité et leur désir de mener une vie saine créent une ouverture remarquable pour les politiques publiques touchant toute la gamme des programmes gouvernementaux.

- Enfin, et peut-être par-dessus tout, il y a la volonté et la capacité des citoyens canadiens de saisir l'occasion de participer à un dialogue de cette nature. Que signifient cette volonté et cette capacité pour la façon dont le Canada pratique la démocratie ?

  La mobilisation des citoyens est nécessaire lorsque les politiques publiques sont à un point tournant. Cela se produit habituellement lorsqu'une société réévalue ses options, établit des priorités et détermine les limites dans lesquelles des changements majeurs sont possibles. La mobilisation aide à clarifier comment des valeurs profondément ancrées évoluent en fonction des circonstances. La légitimité et la viabilité de nos

plus importantes politiques publiques dépendent de la mesure dans laquelle elles reflètent ces valeurs canadiennes fondamentales (et en évolution). Mais la mobilisation est seulement efficace lorsque les décideurs sont prêts à apprendre et à écouter, lorsqu'ils sont prêts à ouvrir une discussion sur les gros choix et compromis mis en opposition, et lorsqu'ils attachent une haute importance au processus d'apprentissage public.

Ce dialogue a fourni aux citoyens l'occasion de mettre à jour leurs valeurs fondamentales touchant les soins de santé. Leur vie a profondément changé depuis les années 1960, et leurs valeurs ont évolué en conséquence.

Ce nouvel énoncé de valeurs comporte des conséquences majeures pour les politiques publiques. Il devrait mener à la modification des principes qui régissent le système de soins de santé et à un comportement plus responsable et plus réceptif de la part des gouvernements, des fournisseurs de services et des gestionnaires.

Les citoyens ont exprimé leurs avis sur la réforme des soins de santé au cours de l'hiver de 2002. Ils l'ont fait non seulement bien, mais encore avec passion. Ce fut un privilège d'être témoins de leur dialogue.

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance au grand nombre de personnes qui ont aidé l'équipe à mener ce dialogue avec les citoyens et à en rédiger le rapport. Le personnel de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a fourni des conseils et une aide soutenus pendant toute la durée du projet. Steven Rosell et Suzanne Taschereau ont été les principaux animateurs, et Pamela Pritchard et Rod Brazier les ont secondés. Un certain nombre de chercheurs, de praticiens et de spécialistes du système de soins de santé de tout le Canada ont donné des avis sur l'élaboration des scénarios. Sandra Zagon a assuré un soutien aux Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques et apporté son concours au travail de traduction. Leigh McGowan a fourni un soutien logistique et administratif, et la firme Prime Strategies a pris toutes les dispositions matérielles nécessaires aux séances du dialogue sur place et organisé les déplacements et l'hébergement des participants. Les associés de recherche Ekos ont recruté ceux-ci, analysé les réponses au questionnaire et effectué le sondage de suivi. Et Sylvia Burns a mis le texte au point.

Enfin, mais non par ordre d'importance, nous saluons les 489 citoyens qui ont saisi avec tellement d'enthousiasme cette occasion d'apporter leur contribution à l'avenir des soins de santé au Canada.

Nous vous remercions tous, et nous assumons l'entière responsabilité de toute erreur qui pourrait s'être glissée dans ce rapport.

I En quoi consiste le dialogue avec les citoyens ?

Au printemps 2001, le Premier ministre a demandé à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada de faire une enquête et d'entreprendre un dialogue avec les Canadiens sur l'avenir du système public de soins de santé. Dès le début de son mandat, le commissaire Roy Romanow a déclaré qu'il s'emploierait notamment à « faciliter l'apprentissage collectif et à inciter les Canadiens à porter un jugement responsable ».

Les raisons

Le projet de dialogue avec les Canadiens a été élaboré pour deux raisons : apporter une contribution, si petite soit-elle, à l'apprentissage collectif, et surtout, connaître les valeurs des citoyens et leurs choix face à des situations exigeant des compromis.

Les participants aux 12 séances de consultation ont beaucoup parlé de ce qu'ils y ont appris. Ils comprennent mieux le dossier, malgré sa complexité. Ils se disent rassurés aussi d'avoir pu constater combien leurs idées concordent avec celles des autres; ils évaluent beaucoup mieux maintenant les choix et les compromis difficiles auxquels ils font face. Les participants et les observateurs ont évoqué à de nombreuses reprises le haut niveau des échanges. Certains citoyens déjà bien informés des enjeux avaient des opinions bien arrêtées; d'autres, non moins conscients de la situation, préféraient garder l'esprit ouvert. Ils ont absorbé en très peu de temps et de façon remarquable une information souvent complexe, en échangeant, en consultant le cahier d'information, et ils ont brillamment mis en application leurs nouvelles connaissances pour en arriver à des compromis difficiles.

Comme en témoigne le présent rapport, les Canadiens partagent certaines valeurs fondamentales concernant les soins de santé. Ces valeurs ont été maintes fois exprimées au cours des interventions, et toujours résolument corroborées par les autres participants. Elles leur ont permis d'examiner les diverses possibilités, d'en rejeter certaines, d'en accepter et d'en parfaire d'autres, et de convenir d'un ensemble de paramètres satisfaisants permettant de garantir l'avenir du système.

Ce que les citoyens ont à offrir (ou plutôt ce qu'ils doivent apporter à la réforme), ce sont des valeurs fondamentales sur lesquelles il sera possible d'ériger des politiques satisfaisantes pour l'avenir. C'est l'ensemble des Canadiens – et non pas uniquement les décisionnaires ou les spécialistes – qui doivent déterminer les valeurs qui serviront à orienter la réforme. Elles seront ensuite utilisées pour définir les possibilités qui sont acceptables et celles qui ne le sont pas.

La démarche

Commissions royales, groupes de travail, commissions d'enquête et comités législatifs se sont tour à tour ingéniés à trouver des moyens efficaces de tâter le pouls du public. Les

approches traditionnelles comme les audiences et les assemblées publiques peuvent avoir leur raison d'être dans les stratégies de consultation publique, mais elles ne créent pas une ambiance où le citoyen moyen peut présenter son point de vue et participer activement au débat public.

Dans le même ordre d'idée, les sondages sur l'opinion publique et les échanges avec des groupes cibles choisis au hasard ont leur raison d'être. Ils fournissent un aperçu de l'opinion publique à un moment précis. Cependant, l'information recueillie à l'aide de ces méthodes ne contribue que très rarement à prévoir le tournant que prendront les préférences de la population. Elle ne révèle pas non plus les facteurs qui inciteraient les gens à changer d'opinion.

Ces dix dernières années, diverses tentatives ont été faites au Canada de faire participer les citoyens à l'élaboration des politiques gouvernementales, surtout celles sur la santé[1]. Par exemple, des chercheurs ont évalué les efforts des autorités sanitaires régionales et des conseils régionaux de santé pour mobiliser le public lorsque de difficiles décisions de restructuration étaient à l'étude[2]. En général, ces efforts ont porté sur des questions locales et la plupart des intervenants s'étaient portés volontaires.

Toutes les enquêtes sur les soins de santé qui ont été menées récemment au Canada (par M. Clair au Québec, M. Fyke en Saskatchewan et M. Mazankowski en Alberta, et par le sénateur Michael Kirby) utilisaient une forme de consultation favorisant l'échange entre les intervenants et le public, mais ne permettant guère aux citoyens d'examiner en détail les choix fondamentaux et de trouver des moyens de concilier des valeurs conflictuelles.

En 1996, lors du Forum national sur la santé, les méthodes de consultation traditionnelles ont été écartées. On visait principalement, en effet, à découvrir les valeurs fondamentales des Canadiens à l'égard des soins de santé par le biais de groupes cibles à qui l'on soumettait divers scénarios portant sur des questions précises et des situations personnelles. Toutefois, on n'a pas réussi à trouver une méthode qui permettrait aux citoyens d'accepter les choix imposés par la réforme.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada est la première en son genre à parrainer un projet de recherche conçu pour analyser en profondeur l'opinion des Canadiens et son évolution au fur et à mesure qu'ils entrevoient les choix qui se dégagent des dialogues et qu'ils tentent de réconcilier ces choix et les valeurs qui leur tiennent le plus à cœur. La méthode ChoiceWork Dialogue utilisée pour atteindre ces objectifs est expliquée plus loin. De plus, la Commission a entrepris un programme ambitieux de consultation publique des spécialistes, des fournisseurs, des gestionnaires, des représentants des divers gouvernements, et des groupes de citoyens.

Ce projet a nécessité des investissements importants de la part des participants, de la Commission elle-même, des équipes de chercheurs et des services de soutien. Cependant, comme en témoigne ce document, l'information recueillie est beaucoup plus pertinente et beaucoup plus riche qu'elle ne l'aurait été si l'on avait recouru à des méthodes plus traditionnelles.

Les citoyens ont compris qu'on ne leur demandait pas de trancher. On leur donnait plutôt la chance de bien faire comprendre leurs points de vue aux décisionnaires, d'attirer leur attention sur les points sur lesquels ils ne démordraient pas et pour lesquels ils gardaient l'esprit ouvert.

La méthodologie

Nos partenaires dans ce projet étaient les Réseaux canadiens de recherche sur les politiques publiques (RCRPP) et Viewpoint Learning, dont la méthode (ChoiceWork Dialogue) a été appliquée au dialogue avec les citoyens. Le personnel de la Commission, déjà familiarisé avec ce genre de travail avec le public, a collaboré activement à l'élaboration des scénarios et fourni des notes détaillées de leurs observations durant les séances de dialogue.

La méthode (ChoiceWork Dialogue) se révèle particulièrement utile dans les premières étapes du développement, ou lorsque des sujets bien connus sont modifiés par de nouvelles circonstances, créant ainsi de nouveaux enjeux à identifier et à aborder (p. ex. les soins de santé). Dans ces conditions, les priorités des citoyens sont très instables et peuvent être mal interprétées. Le problème consiste à identifier la façon dont ces points de vue sont susceptibles d'évoluer au fur et à mesure que la population est sensibilisée au problème.

La méthodologie retenue nous fait découvrir le chaînon manquant dans le processus de formation de l'opinion. Le modèle traditionnel d'éducation de la population soutient que l'opinion publique se forme par le biais d'un processus simple en deux étapes, l'information devant mener au jugement. Cependant, dans des dossiers complexes comme celui des soins de santé, le jugement du public évolue en trois étapes et non deux. L'étude des valeurs conflictuelles et des difficiles choix à poser intervient, en effet, entre la formation et la définition des opinions.

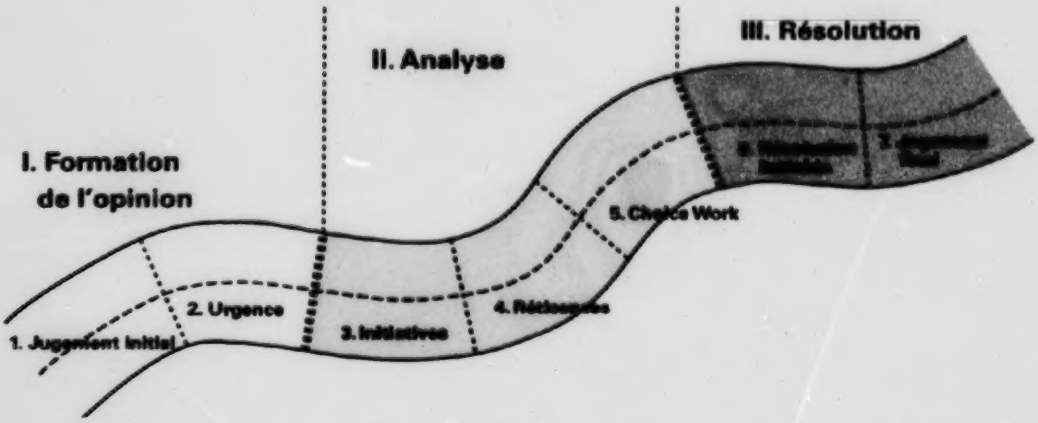
Cette approche est le fruit des recherches de Daniel Yankelovich (président de Viewpoint Learning) sur les étapes de développement de l'opinion publique, de l'opinion de base jusqu'au jugement du public (voir figure 1)[3].

Les recherches empiriques de Yankelovich, résultats de plus de 50 ans d'étude[4] sur les étapes qui constituent un jugement sérieux et responsable, montrent que les opinions des gens sur certaines questions changent avec le temps; elles évoluent en plusieurs étapes distinctes. Les médias et l'actualité jouent un rôle majeur dans la première étape, celle de la sensibilisation de la population.

Figure 1

Évolution de l' opinion publique

Du jugement initial au jugement final



La deuxième étape s'amorce au moment où les dirigeants présentent les options possibles. C'est souvent à ce stade que le processus de résolution du problème s'immobilise, particulièrement si des compromis difficiles et déchirants sont nécessaires. Il est extrêmement facile de prendre ses désirs pour des réalités; à moins qu'on ne force les gens à faire face à la réalité, ils attendront avant de prendre des décisions difficiles, c'est une réaction parfaitement normale. S'ils ne sont pas poussés à analyser une question, aucune résolution ne sera envisagée. Sans un certain désir de faire avancer les choses, le problème pourra rester en suspens durant des années.

Tôt ou tard, une fois que la population accepte la réalité et se décide à entreprendre le processus, les gouvernements (et les organisations privées) peuvent jouer un rôle clé dans la résolution du problème – la troisième étape – par le biais de divers processus d'élaboration des politiques (y compris la législation et la réglementation).

Cette évolution en trois étapes fait intervenir directement des valeurs, des émotions et des idées bien pesées. Elle ne nécessite pas seulement une réflexion (délibération), mais aussi un processus psychologique qu'est l'examen de valeurs solidement ancrées et de réactions émotionnelles.

La méthode ChoiceWork encourage ce processus d'apprentissage et d'examen, lequel se divise en au moins quatre étapes :

1. prendre en considération les faits;
2. établir les liens;
3. aborder de front les valeurs conflictuelles;
4. passer d'un point de vue précis à un point de vue commun plus global.

On a présenté aux citoyens une série de *scénarios* présentant chacun une orientation précise des politiques publiques et pesant bien le pour et le contre. On les a ensuite invités à en discuter entre eux. Dans ce genre d'échange, les sentiments et les valeurs des participants entrent en ligne de compte au même titre que leur capacité de jugement. C'est la charge émotionnelle qui permet aux gens de trouver un terrain d'entente. En règle générale, ils se font une opinion et prennent des décisions en échangeant avec les autres plutôt qu'en réfléchissant et en analysant chacun de son côté. C'est ainsi que l'opinion publique évolue, par l'adoption du point de vue de personnes auxquelles on peut s'identifier (p. ex. amis, parents, voisins, collègues, autres citoyens, personnalités publiques).

La méthode ChoiceWork est conçue pour aider les participants à voir au-delà de leur réaction initiale, qui consiste à éviter les choix difficiles et les réalités désagréables. Elle les encourage à considérer leurs réticences et à s'efforcer de résoudre les problèmes épineux soulevés au cours des discussions. Cela leur permet d'échanger, de modifier leur point de vue, de concilier les idées nouvellement reçues et leurs valeurs fondamentales. Un des avantages de cette méthode est qu'elle fournit un aperçu détaillé des opinions des citoyens, de leurs convictions profondes, des compromis qu'ils accepteront ou non, et de l'évolution du dossier[5].

Le dialogue sur les soins de santé

Douze séances d'une journée ont eu lieu partout au Canada. Près de 40 personnes ont été choisies au hasard pour représenter l'ensemble de la population. Ces séances ont eu lieu de la fin janvier au début mars 2002, soit le samedi, soit le dimanche. Il y en a eu trois dans chacune des quatre régions : les Maritimes, le Québec, l'Ontario et l'Ouest canadien. Trois se sont déroulées en français et les neuf autres, en anglais. Étant donné les différences entre les systèmes de soins de santé et les situations financières d'une province à l'autre, les citoyens ont souvent parlé des activités récentes propres à leur région. Cela dit, les points communs entre les opinions et les valeurs exprimées, et entre les moyens utilisés pour examiner les questions durant les séances, restent étonnants.

Fidèles à un modèle normalisé, les dialogues ont été menés par une des deux équipes de facilitateurs professionnels.

Comme points de départ, quatre scénarios ont été soumis aux participants. L'élément central en était une orientation de la réforme des soins de santé, une question qui suscite bien des débats à l'heure actuelle. Auparavant, les participants avaient reçu un Cahier du participant dans lequel on décrivait les scénarios en précisant dans chaque cas le contexte, les éléments de base et les arguments clés (pour ou contre). Les participants ont utilisé ce cahier en petits groupes et en séances plénières, d'abord pour découvrir le scénario qu'ils préféraient, puis pour explorer les mesures qu'ils étaient prêts à appuyer et les compromis qu'ils étaient disposés à faire afin de le concrétiser.

Au début de la journée, on leur demandait de remplir un questionnaire pour connaître leurs opinions sur les scénarios; à la fin, le même questionnaire leur était soumis, mais cette fois pour évaluer les changements qui s'étaient opérés. Les séances ont été filmées. La rédaction du présent rapport repose en grande partie sur ces vidéos. De plus, des observateurs ont assisté à toutes les séances et ont pris des notes. Les résultats présentés dans ce document découlent à la fois d'une analyse qualitative des vidéos et des rapports des observateurs, et d'une analyse quantitative des questionnaires.

Les résultats du dialogue ont été vérifiés plus en profondeur par le biais d'un sondage post-dialogue mené auprès de 1 600 Canadiens. Bien qu'un sondage ne puisse refléter la démarche d'un dialogue intensif et le degré d'apprentissage que celui-ci a pu rendre possible, il a cependant permis de vérifier les similitudes entre les points de vue des participants et ceux de l'ensemble de la population. Si l'on ajoute à cela la remarquable constance des résultats des 12 séances de dialogue menées au pays, on peut supposer que les résultats contenus dans ce rapport peuvent être appliqués à l'ensemble de la population.

Finalement, des versions simplifiées des scénarios utilisés dans le projet de dialogue ont été reprises dans le cahier de consultation de la Commission (disponible en versions électronique et imprimée). Les Canadiens ont été invités à enregistrer leurs points de vue. Durant la rédaction de ce rapport, près de 10 000 personnes l'avaient déjà fait. Toutefois, les dialogues électroniques diffèrent sur deux plans très importants : premièrement, les groupes étaient composés de volontaires plutôt que d'un échantillon représentatif de la population, ce qui ne permet pas d'appliquer les résultats à l'ensemble des citoyens; deuxièmement, la version électronique a été conçue pour être remplie en une quinzaine de minutes. Les internautes n'ont donc pas la chance de s'engager dans le processus d'étude systématique et d'apprentissage qui s'opère durant toute une journée. Enfin, le cahier et les scénarios servaient seulement d'amorce au dialogue et les participants pouvaient donner leur point de vue au cours de la discussion, contrairement aux personnes qui répondaient par l'intermédiaire du site Web.

Qui étaient les participants ?

Les 489 Canadiens qui ont participé aux dialogues d'une journée constituaient un échantillon représentatif de la population. Certains étaient en bonne santé, d'autres avaient fait l'expérience de maladies ou de blessures sérieuses, d'autres enfin souffraient de maladies chroniques ou de handicaps. Certains prenaient soin d'un membre de leur famille malade ou en manque d'autonomie. On comptait aussi des fumeurs, ainsi que des personnes en bonne ou en mauvaise condition physique. Certains, nés au Canada, y ont vécu toute leur vie; d'autres, y avaient émigré plus ou moins récemment. Le quart des participants étaient principalement francophones, et le reste, des anglophones. Les spécialistes et les gestionnaires en soins de santé ainsi que les personnes ne pouvant s'exprimer dans l'une ou l'autre des deux langues officielles ou ne pouvant les comprendre ont été rejetés.

Étant donné que les dialogues avaient lieu dans les grandes villes[6], les gens provenant des banlieues et des milieux ruraux plus éloignés ont dû se déplacer. Deux dialogues ont été organisés à Halifax; quelques participants provenant des trois autres provinces maritimes s'y sont inscrits. Les participants de la Saskatchewan et du Manitoba se sont rendus à Regina.

Lorsque les participants ont été contactés, leur réaction a été très positive et ils étaient très enthousiastes. C'est précisément cet enthousiasme qui a compliqué le recrutement, et non pas l'indifférence ou le refus de participer. Peu de gens se sont désistés.

Selon leurs réponses à une série de questions sur le recrutement, l'attitude des participants était en règle générale représentative de l'ensemble de la population. Cela a été corroboré dans le sondage mené après la tenue des dialogues.

II Les défis et les choix qui s'offrent aux citoyens

Pour bien comprendre les résultats du Dialogue entre Canadiens, il faut d'abord connaître la genèse du projet. Ce chapitre présente l'information donnée aux citoyens dans le Cahier du participant et sur les affiches murales, et celle transmise par les animateurs. On y cite des extraits des exposés des animateurs et du cahier du participant. On trouvera à l'annexe 5 une version intégrale annotée du cahier, où figurent également les sources des données. Les notes de bas de page ont été retirées de la version utilisée par les citoyens.

L'équipe de travail s'est livré à la rude tâche de condenser une masse d'information, de la simplifier de façon qu'elle puisse être assimilée quel que soit le degré d'instruction, et d'offrir un juste équilibre entre les avantages et les inconvénients que présentent les orientations possibles, dont certaines sont fort controversées.

Les défis

L'équipe a décidé de présenter trois problèmes majeurs pour illustrer les défis que pose le système de soins de santé : la hausse des coûts, l'insatisfaction croissante de la population concernant la qualité des soins, et la couverture inégale assurée par le système public. Bien qu'ils aient vraiment assimilé l'information et utilisé le cahier, les participants sont allés bien au-delà de la documentation présentée. Ils ont proposé leurs propres interprétations des trois enjeux en cause et ont ajouté leurs expériences et leurs préoccupations personnelles. Voici des extraits du cahier de consultation et des affiches murales :

« Lorsque le régime d'assurance-santé[7] a été mis en œuvre dans les années 1960, la situation était très différente de ce qu'elle est maintenant et de ce qu'elle sera à l'avenir. La population était plus jeune et moins nombreuse. Le coût et le nombre des services considérés comme médicalement indispensables étaient moindres. Mais la population vieillissante et l'explosion des nouvelles technologies ont conduit le système de soins de santé à offrir beaucoup plus de services. Avec le temps, le régime a commencé à montrer des signes de faiblesse De nos jours, ces tensions prennent la forme de coûts plus élevés, d'une insatisfaction manifeste, et de questions sur ce que les nouveaux services devraient couvrir.

Si l'on prend en compte l'inflation et l'accroissement démographique, entre 2000 et 2020, il est prévu que le total des dépenses (publiques ou privées) pour les soins de santé au Canada connaîtra une croissance de 56 % — allant de 2 626 $ par personne à plus de 4 100 $. Le total des dépenses passera de 81 milliards de dollars à 147 milliards[8]. »

II Les défis et les choix qui s'offrent aux citoyens

Pour bien comprendre les résultats du Dialogue entre Canadiens, il faut d'abord connaître la genèse du projet. Ce chapitre présente l'information donnée aux citoyens dans le Cahier du participant et sur les affiches murales, et celle transmise par les animateurs. On y cite des extraits des exposés des animateurs et du cahier du participant. On trouvera à l'annexe 5 une version intégrale annotée du cahier, où figurent également les sources des données. Les notes de bas de page ont été retirées de la version utilisée par les citoyens.

L'équipe de travail s'est livré à la rude tâche de condenser une masse d'information, de la simplifier de façon qu'elle puisse être assimilée quel que soit le degré d'instruction, et d'offrir un juste équilibre entre les avantages et les inconvénients que présentent les orientations possibles, dont certaines sont fort controversées.

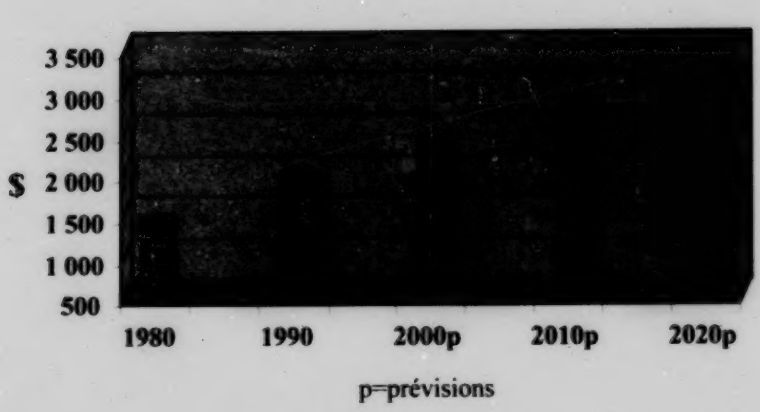
Les défis

L'équipe a décidé de présenter trois problèmes majeurs pour illustrer les défis que pose le système de soins de santé : la hausse des coûts, l'insatisfaction croissante de la population concernant la qualité des soins, et la couverture inégale assurée par le système public. Bien qu'ils aient vraiment assimilé l'information et utilisé le cahier, les participants sont allés bien au-delà de la documentation présentée. Ils ont proposé leurs propres interprétations des trois enjeux en cause et ont ajouté leurs expériences et leurs préoccupations personnelles. Voici des extraits du cahier de consultation et des affiches murales :

« Lorsque le régime d'assurance-santé[7] a été mis en œuvre dans les années 1960, la situation était très différente de ce qu'elle est maintenant et de ce qu'elle sera à l'avenir. La population était plus jeune et moins nombreuse. Le coût et le nombre des services considérés comme médicalement indispensables étaient moindres. Mais la population vieillissante et l'explosion des nouvelles technologies ont conduit le système de soins de santé à offrir beaucoup plus de services. Avec le temps, le régime a commencé à montrer des signes de faiblesse. De nos jours, ces tensions prennent la forme de coûts plus élevés, d'une insatisfaction manifeste, et de questions sur ce que les nouveaux services devraient couvrir.

Si l'on prend en compte l'inflation et l'accroissement démographique, entre 2000 et 2020, il est prévu que le total des dépenses (publiques ou privées) pour les soins de santé au Canada connaîtra une croissance de 56 % — allant de 2 626 $ par personne à plus de 4 100 $. Le total des dépenses passera de 81 milliards de dollars à 147 milliards[8]. »

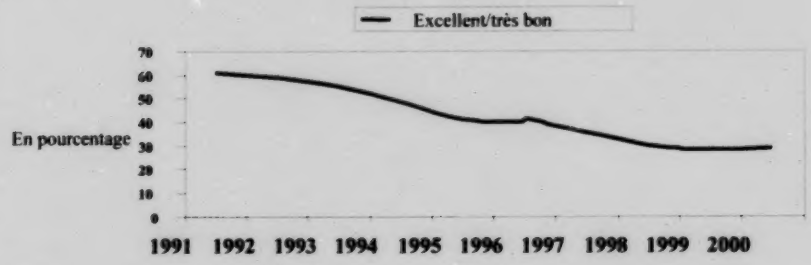
Figure 2
Dépenses en soins de santé par habitant
(dollars constants 1997)



Source : Institut canadien d'information sur la santé; Conference Board du Canada.

Il y a dix ans, la majorité des Canadiens (61 %) était satisfaite du système; aujourd'hui, ce nombre a diminué de moitié pour tomber à moins du tiers (29 %). Les Canadiens évoquent les difficultés à trouver un médecin de famille lorsqu'ils déménagent. Ils s'inquiètent du temps passé à attendre dans les salles d'urgence des hôpitaux, ou des délais pour voir un spécialiste ou pour une intervention chirurgicale.

Figure 3
Cote accordée par les Canadiens au système de soins de santé

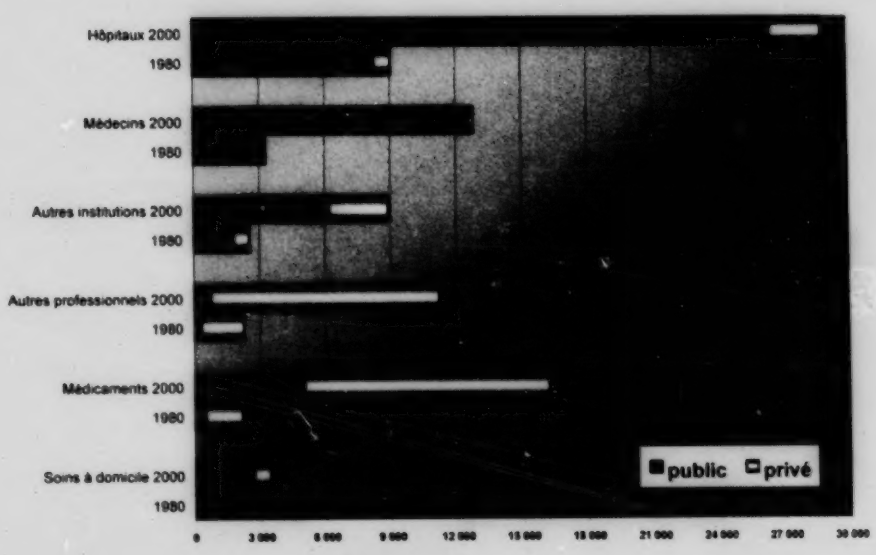


Source : Résultats de sondage Ipsos-Reid cité dans Mendelsohn, Matthew, « Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle grâce à l'innovation », préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001.

Le régime d'assurance-santé mis sur pied dans les années 1960 correspondait aux besoins des gens : consulter un médecin, aller à l'hôpital quand il le fallait. Les temps ont changé et d'autres services sont devenus de plus en plus importants, par exemple :

- Les médicaments sur ordonnance, l'élément des coûts des soins de santé qui croît le plus vite (à l'heure actuelle, on dépense davantage pour les médicaments que pour les services d'un médecin); pour la plupart des gens au Canada, le régime d'assurance-santé ne couvre pas le coût des médicaments pris en dehors de l'hôpital;
- Les soins à domicile, un service qui se développe rapidement : en l'an 2000, environ un million de Canadiens recevaient une forme quelconque de soins publics à leur domicile; toutefois, le système public offre ces services de bien des façons différentes d'une province à l'autre.
- Le recours aux services de professionnels autres que des médecins, notamment les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les dentistes, a connu une hausse spectaculaire. Le total des dépenses à ce chapitre demeure inférieur aux dépenses liées aux services de médecins, mais la plus forte croissance des dépenses vise le secteur privé[9].

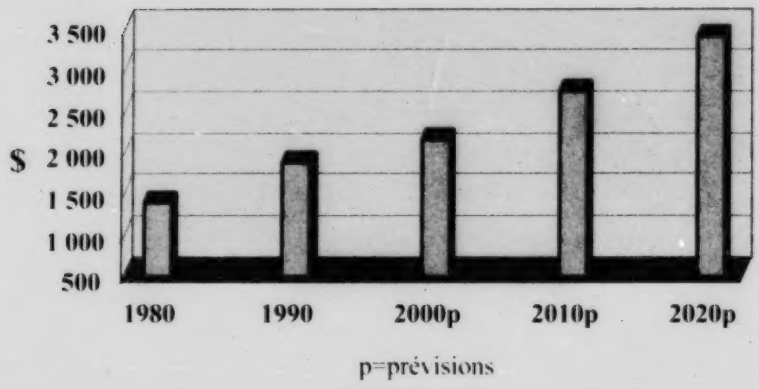
Figure 4
Dépenses de santé par catégorie
1980 et 2000 (million de dollars)



N. B. : La catégorie Autres professionnels comprend les dentistes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes, etc.

Source : Santé Canada, « Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe », n° de catalogue H21-172/2001, non publié.

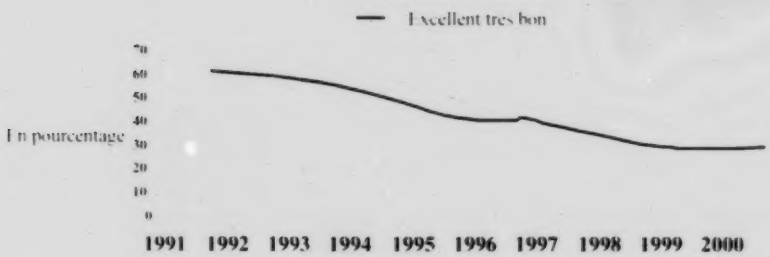
Figure 2
Dépenses en soins de santé par habitant
(dollars constants 1997)



Source : Institut canadien d'information sur la santé; Conference Board du Canada.

Il y a dix ans, la majorité des Canadiens (61 %) était satisfaite du système; aujourd'hui, ce nombre a diminué de moitié pour tomber à moins du tiers (29 %). Les Canadiens évoquent les difficultés à trouver un médecin de famille lorsqu'ils déménagent. Ils s'inquiètent du temps passé à attendre dans les salles d'urgence des hôpitaux, ou des délais pour voir un spécialiste ou pour une intervention chirurgicale.

Figure 3
Cote accordée par les Canadiens au système de soins de santé

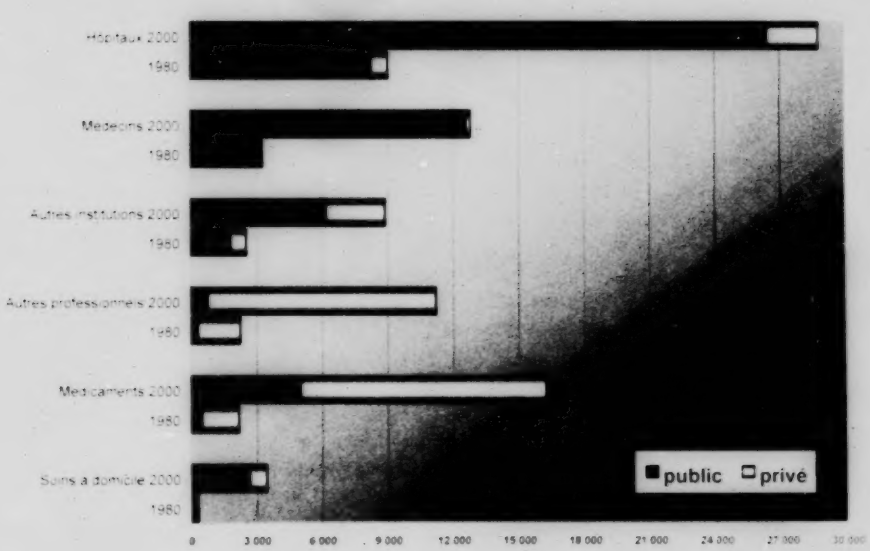


Source : Résultats de sondage Ipsos-Reid cité dans Mendelsohn, Matthew, « Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle grâce à l'innovation », préparé pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001.

Le régime d'assurance-santé mis sur pied dans les années 1960 correspondait aux besoins des gens : consulter un médecin, aller à l'hôpital quand il le fallait. Les temps ont changé et d'autres services sont devenus de plus en plus importants, par exemple :

- Les médicaments sur ordonnance, l'élément des coûts des soins de santé qui croît le plus vite (à l'heure actuelle, on dépense davantage pour les médicaments que pour les services d'un médecin); pour la plupart des gens au Canada, le régime d'assurance-santé ne couvre pas le coût des médicaments pris en dehors de l'hôpital;
- Les soins à domicile, un service qui se développe rapidement : en l'an 2000, environ un million de Canadiens recevaient une forme quelconque de soins publics à leur domicile; toutefois, le système public offre ces services de bien des façons différentes d'une province à l'autre.
- Le recours aux services de professionnels autres que des médecins, notamment les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les dentistes, a connu une hausse spectaculaire. Le total des dépenses à ce chapitre demeure inférieur aux dépenses liées aux services de médecins, mais la plus forte croissance des dépenses vise le secteur privé[9].

Figure 4
Dépenses de santé par catégorie
1980 et 2000 (million de dollars)



N. B. : La catégorie Autres professionnels comprend les dentistes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes, etc.

Source : Santé Canada, « Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe », n° de catalogue H21-172 2001, non publié.

Figure 5
Le Canada par rapport à d'autres pays (2001)

	État de santé[1]	Dépenses par habitant
Japon	1	15
Suède	1	16
Islande	2	9
Norvège	3	7
Italie	4	14
Canada	**5**	**4**
Royaume-Uni	9	19
France	12	12
États-Unis	18	1

1 La mesure de l'état de santé a été calculée comme un taux de variation moyen (1960-1997) du nombre d'années potentielles de vie perdues, toutes causes confondues, pour les deux sexes.

Source : OCDE, *Panorama de la santé*, Paris: Organisation de coopération et de développement économiques, 2001.

Les participants aux premières séances tenues à Montréal ont voulu savoir comment le Canada se compare à d'autres pays. L'équipe de travail a donc préparé un tableau mural supplémentaire (voir la figure 5), fondé sur les données comparatives de l'OCDE. Ce tableau a servi aux séances de consultation suivantes.

Après cette brève présentation des problèmes à l'étude, les participants ont reçu de l'information générale, sans égard aux particularités des différents régimes provinciaux. Pareilles précisions ne nous semblaient guère nécessaires, puisque le projet ne visait aucunement à recueillir des données sur la satisfaction des citoyens par rapport à leur système provincial.

Nous devons trouver les solutions à nos difficultés actuelles dans les ententes constitutionnelles canadiennes, lesquelles prévoient que les gouvernements provinciaux ont la responsabilité des soins de santé et que le gouvernement fédéral doit verser à chaque province des sommes qui seront dépensées conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral joue également un rôle de premier plan dans la promotion et la protection de la santé, la prévention des maladies, la recherche et la prestation de services de santé à certains groupes, comme les Premières nations.

Des 67,6 milliards de dollars de fonds publics dépensés en soins de santé en 2000, les provinces ont fourni environ 65 %, le gouvernement fédéral 35 %[10].

Environ 70 % des dépenses totales en soins de santé au Canada sont couvertes par des fonds publics. Les 30 % restants sont à la charge des Canadiens, directement ou par des assurances privées, et servent surtout aux soins dentaires, aux soins de la vue, aux médicaments sur ordonnance, aux soins à domicile, aux soins prolongés et aux services de professionnels autres que des médecins, comme les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les naturopathes.

Actuellement, le régime d'assurance-santé paie la totalité des coûts de tous les services médicalement nécessaires que fournissent les hôpitaux et les médecins. Par rapport aux pays les plus industrialisés, le Canada offre une plus grande couverture publique pour les soins à l'hôpital et ceux du médecin, et une couverture moindre pour les autres services comme les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires.

Figure 5
Le Canada par rapport à d'autres pays (2001)

	État de santé[1]	Dépenses par habitant
Japon	1	15
Suède	1	16
Islande	2	9
Norvège	3	7
Italie	4	14
Canada	**5**	**4**
Royaume-Uni	9	19
France	12	12
États-Unis	18	1

1 La mesure de l'état de santé a été calculée comme un taux de variation moyen (1960-1997) du nombre d'années potentielles de vie perdues, toutes causes confondues, pour les deux sexes.

Source : OCDE, *Panorama de la santé*, Paris: Organisation de coopération et de développement économiques, 2001.

Les participants aux premières séances tenues à Montréal ont voulu savoir comment le Canada se compare à d'autres pays. L'équipe de travail a donc préparé un tableau mural supplémentaire (voir la figure 5), fondé sur les données comparatives de l'OCDE. Ce tableau a servi aux séances de consultation suivantes.

Après cette brève présentation des problèmes à l'étude, les participants ont reçu de l'information générale, sans égard aux particularités des différents régimes provinciaux. Pareilles précisions ne nous semblaient guère nécessaires, puisque le projet ne visait aucunement à recueillir des données sur la satisfaction des citoyens par rapport à leur système provincial.

Nous devons trouver les solutions à nos difficultés actuelles dans les ententes constitutionnelles canadiennes, lesquelles prévoient que les gouvernements provinciaux ont la responsabilité des soins de santé et que le gouvernement fédéral doit verser à chaque province des sommes qui seront dépensées conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral joue également un rôle de premier plan dans la promotion et la protection de la santé, la prévention des maladies, la recherche et la prestation de services de santé à certains groupes, comme les Premières nations.

Des 67,6 milliards de dollars de fonds publics dépensés en soins de santé en 2000, les provinces ont fourni environ 65 %, le gouvernement fédéral 35 %[10].

Environ 70 % des dépenses totales en soins de santé au Canada sont couvertes par des fonds publics. Les 30 % restants sont à la charge des Canadiens, directement ou par des assurances privées, et servent surtout aux soins dentaires, aux soins de la vue, aux médicaments sur ordonnance, aux soins à domicile, aux soins prolongés et aux services de professionnels autres que des médecins, comme les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les naturopathes.

Actuellement, le régime d'assurance-santé paie la totalité des coûts de tous les services médicalement nécessaires que fournissent les hôpitaux et les médecins. Par rapport aux pays les plus industrialisés, le Canada offre une plus grande couverture publique pour les soins à l'hôpital et ceux du médecin, et une couverture moindre pour les autres services comme les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires.

Les scénarios

L'équipe de travail s'est appliquée minutieusement à bâtir les quatre scénarios. Comme l'expérience l'a démontré, la formule des scénarios s'avère particulièrement efficace pour communiquer de l'information très complexe de manière telle qu'elle puisse être aisément comprise et utilisée. Ces scénarios étaient présentés comme un simple point de départ : les participants pouvaient en modifier les éléments à leur guise, les combiner ou en ajouter d'autres. Et c'est ce qu'ils ont fait, incorporant les éléments des divers scénarios à leur propre vision de l'avenir souhaité du système de soins de santé au Canada, ainsi que les compromis qu'ils étaient prêts à faire ou à appuyer pour que cette vision devienne réalité.

La recherche sur l'opinion publique était un outil indispensable à l'élaboration des scénarios. Matthew Mendelsohn, de l'Université Queen's, a donc rédigé un document de référence portant sur les tendances observées du point de vue des attitudes, des valeurs et des préférences des Canadiens depuis dix ans. Un petit groupe d'experts a prêté son concours pour la conception des quatre scénarios et la révision du cahier. Nous avons également recueilli l'avis de plusieurs chercheurs sur les enjeux, les données et sur les autres sources d'information et personnes-ressources possibles. Ils ont mis à notre disposition leurs travaux de recherche non publiés et nous ont renseignés sur les publications pertinentes.

L'utilisation déjà faite de cette méthode a démontré que la plupart des participants ne peuvent travailler aisément, dans les délais alloués, qu'avec un maximum de quatre scénarios. Il faut bien comprendre qu'il ne s'agit pas de politiques à choisir parmi tant d'autres, mais plutôt de représentations de l'avenir conçues pour faire ressortir les valeurs des participants. Un membre de l'équipe a qualifié les scénarios d'« attrapeurs de valeurs », d'après l'expression « attrapeurs de rêves » utilisée par les Premières nations.

Pour atteindre le but recherché, il faut que les scénarios soient plausibles, afin que les participants soient disposés à les explorer sérieusement, sans les rejeter du revers de la main. Ils doivent susciter la réflexion et être construits de façon équilibrée – leurs résultats, tant positifs que négatifs, doivent être clairement exprimés (liste des avantages et des inconvénients dressée pour chacun des scénarios) de sorte que les participants puissent examiner les compromis à faire. Leur contenu doit être cohérent et formulé en langage clair. Enfin, ils doivent pouvoir se rattacher à l'expérience personnelle de la plupart des gens.

C'est l'une des principales raisons pour lesquelles l'équipe a choisi un scénario sur la réforme des soins de santé primaires plutôt que sur les soins intensifs, les soins à long terme ou les soins nécessitant une technologie de pointe. Tous les Canadiens ont vraisemblablement déjà bénéficié des soins de santé primaires et ils ont normalement accès au système par l'intermédiaire de leur médecin de famille. C'est aussi un choix qui s'imposait, puisque la réforme des soins de santé primaires était l'une des principales recommandations des récentes commissions sur les soins de santé constituées en Alberta, en Saskatchewan et au Québec.

Il a finalement été décidé de présenter quatre scénarios[11] :

- l'option de maintenir le statu quo avec ajout de fonds (c.-à-d. accroître les investissements publics);
- l'option de générer d'autres revenus (c.-à-d. imposer la participation aux coûts qui découragerait aussi les abus);
- l'option d'une « réforme systémique par la création d'un système privé parallèle » (c.-à-d. laisser le choix de payer pour obtenir les services du secteur privé);
- l'option d'une « réforme systémique du système actuel » (c.-à-d. réorganiser la prestation des services de soins primaires).

Chacun des scénarios comportait six rubriques : introduction, contexte, résultats d'enquête, éléments clés, arguments en faveur et arguments contre. Les descriptions, en particulier les sections consacrées aux arguments, ont été soumises à divers experts qui avaient des points de vue différents pour s'assurer de l'exactitude et de l'équilibre des scénarios présentés. De plus, chacun a été revu pour s'assurer que les quatre éléments clés étaient bien présents, soit les services couverts, l'accès, le processus décisionnel/la reddition de comptes et le financement[12].

Voici les résumés présentés aux participants (le cahier intégral figure à l'annexe 5) :

Les quatre scénarios

- *Accroître les investissements publics.* Ajouter des ressources, comme des médecins, des infirmières et de nouveaux équipements, pour remédier aux difficultés actuelles du régime d'assurance-santé, soit en haussant les impôts, soit en transférant des fonds d'autres programmes gouvernementaux.

- *Partager les coûts et les responsabilités.* Ajouter des ressources pour remédier aux difficultés actuelles, non pas en augmentant les dépenses publiques, mais en imposant des frais modérateurs aux usagers afin d'inciter les gens à ne pas abuser du système et des fonds publics.

- *Laisser le choix.* Laisser aux Canadiens le choix de se faire soigner par des professionnels de la santé au secteur privé. Ainsi, parallèlement au système public, les Canadiens pourraient avoir accès aux services de professionnels de la santé du secteur privé (à but lucratif ou non) et en assumer les frais par leurs propres moyens ou grâce à une assurance privée.

- *Réorganiser la prestation des services.* Réorganiser la prestation des services de façon à dispenser des soins plus intégrés, à réaliser des économies et à étendre la couverture. Chaque Canadien s'inscrirait auprès d'un réseau de professionnels de la santé qui dispenserait en équipe des services mieux coordonnés, plus rentables et plus accessibles.

Le chapitre suivant porte sur les valeurs que les dialogues ont fait ressortir.

III Les valeurs des Canadiens

Les valeurs « renvoient à de grandes conceptions culturelles relativement stables adoptées par une société pour juger de ce qui est bien ou mal[13] ». Ce chapitre donne un aperçu des valeurs que les citoyens ont soulevées lorsqu'on leur a demandé d'expliquer pourquoi ils faisaient certains choix à l'égard du système de soins de santé (voir chapitres IV et V). Dans ce chapitre-ci, nous comparerons leurs valeurs actuelles et celles qui se sont dégagées de la recherche menée dans le cadre du Forum national sur la santé en 1996[14], montrant ainsi l'évolution des valeurs canadiennes au cours des six dernières années.

Il faut savoir que les valeurs ne sont pas identifiées et appliquées de façon linéaire. Certaines sont d'abord exprimées par les citoyens dans leurs commentaires préliminaires et sont ensuite appuyées par les autres participants. D'autres ne sont soulevées que lorsque les citoyens font face à un choix difficile et qu'ils se rendent compte qu'une orientation ou qu'une option va à l'encontre d'une valeur profondément ancrée. Certaines sont d'abord des suggestions qui rejoignent normalement beaucoup de personnes, mais qui seront rejetées tôt ou tard. Certaines qui ne sont pas adoptées par plus de la majorité ne passeront pas l'étape de la conception socioculturelle, même si certains participants les considèrent très importantes.

Pour la majorité des citoyens, les séances de dialogue ont été une aventure très stimulante et à la fin, beaucoup ont été capables d'exprimer clairement les « sacrifices » ou les compromis qu'ils seraient prêts à faire pour conserver et améliorer les éléments importants du système de soins de santé. Le résultat : un système typiquement « canadien » perçu comme une partie intégrante de notre identité collective. Bref, ces citoyens ont élaboré une version améliorée du contrat passé avec les gouvernements au moment de l'établissement de l'assurance-santé entre 1968 et 1972 (voir l'encart intitulé « Valeurs relatives aux soins de santé »). Ils se sont rendu compte jusqu'à quel point il s'agissait aussi d'un contrat entre les citoyens.

Valeurs relatives aux soins de santé

Universalité... tout le monde est couvert
Équité... accès équitable selon les besoins
Solidarité... nous formons une équipe – tout le monde contribue aux soins de santé et tout le monde en bénéficie quand il en a besoin
Impartialité... contribuer selon ses moyens
Qualité... les soins sont opportuns et adaptés au besoin
Mieux-être... la prévention, c'est la clé
Efficacité... bonne gestion et comportements responsables pour garantir le bon usage des fonds
Responsabilisation... tout le monde est responsable de la façon dont il utilise le système; transparence dans le processus décisionnel et dans la gestion des dépenses

Les valeurs fondamentales en 2002

Universalité… tout le monde est inclus

L'universalité est une valeur importante qui suscite l'intérêt général. Tout au long des séances, les participants ont répété : « il faut maintenir l'universalité », « l'universalité me préoccupe » et « j'appuie l'universalité ». Ce concept signifie que tout le monde peut recevoir les soins médicaux essentiels. Pour concrétiser cette valeur, les citoyens acceptent le principe énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) – chacun a droit aux services couverts par le régime public d'assurance-santé selon des modalités uniformes. De nombreuses personnes font également le lien avec une autre valeur, la mise en commun des risques.

Équité… l'accès individuel est fondé sur le besoin

L'équité est directement liée à l'universalité. Les Canadiens veulent être traités de façon équitable peu importe leur statut social ou financier. En réalité, ils utilisaient parfois les deux termes pour définir la même réalité. « Accessibilité pour tout le monde », « accès universel » et « je favorise l'accessibilité et l'universalité » sont des affirmations qui ont été souvent entendues au cours des dialogues et qui trouvaient un écho chez la majorité des participants. Bien qu'ils aient analysé les changements qui seraient susceptibles de compromettre cette valeur, en fin de compte, ils étaient tous d'accord avec le principe d'accessibilité énoncé dans la LCS – l'accès aux soins de santé doit être basé sur le besoin et non pas sur la capacité de payer.

> *« Mon message est de maintenir l'universalité et que tout le monde soit sur le même pied d'égalité pour ce qui est des soins de santé. » [Vancouver]*
>
> *« Je suis venu ici avec un esprit ouvert. Je pensais qu'un système à deux vitesses et l'imposition de frais modérateurs étaient la solution et garantiraient l'avenir des soins de santé. Mais j'ai changé d'idée depuis. Je pense que nous avons besoin d'un système plus universel permettant à tout le monde de bénéficier des mêmes services. » [Regina]*
>
> *« Le problème ou la situation du système de santé au Canada est très complexe, ça ne sera pas facile à résoudre. Mon souhait est que le programme d'assurance santé au Canada demeure universel, accessible à tous, pauvres et riches. » [Bathurst]*

Solidarité… former une équipe

Le contrat concernant les soins de santé est une entente conclue non seulement entre les citoyens et leurs gouvernements, mais aussi entre les citoyens eux-mêmes. Les participants ont manifesté un sens poussé de la solidarité et de la propriété collective à l'égard du système. Ils ont parlé ouvertement de leur responsabilité mutuelle – d'un

sentiment de réciprocité. S'ils veulent avoir accès à des soins quand ils sont malades, ils doivent impérativement tenir compte des besoins d'autrui. Ce sens de la propriété collective et du partage des ressources s'est affirmé de plus en plus au cours des dialogues au fur et à mesure que les participants se rendaient compte que leurs concitoyens, qui n'étaient que de parfaits étrangers au début de la matinée, partageaient les mêmes valeurs fondamentales. « Nous formons une équipe. »

> *« Nous ne faisons qu'un malgré les différences que présentent nos données démographiques. L'idée de solidarité reste bien ancrée en nous. Cela fait partie de nous. » [Halifax, jour 1]*
>
> *« Je me suis rendu compte qu'un système parallèle détruirait une importante partie de notre identité. Je crois que ce qui nous distingue, c'est que nous nous préoccupons beaucoup de notre communauté. » [Ottawa]*
>
> *« Je comprends mieux ce que signifie d'être Canadien, et ce sens de la communauté que j'observe aujourd'hui... J'ai vu un groupe de personnes... qui veut un meilleur système autant pour eux et leur famille que pour les autres citoyens. » [Thunder Bay]*
>
> *« Nous avons tous le même objectif... améliorer notre système public. » [Calgary]*
>
> *« Je me suis rendu compte d'une chose aujourd'hui, peut-être parce que je n'ai pas souvent utilisé le système de soins de santé, c'est que les Canadiens y tiennent beaucoup ... tout le monde semble s'en préoccuper énormément. » [Vancouver]*

C'est cette solidarité – ce sens de la communauté associé à l'équité, à l'impartialité et à l'universalité – qui pousse la plupart des citoyens, en bout de ligne, à cette première conclusion : le système public est le seul type de système qui répond entièrement aux valeurs sociales des Canadiens.

Impartialité... notre contribution se fonde sur nos moyens

L'impartialité est liée à la solidarité. Les citoyens croient qu'aucun soin médicalement nécessaire ne devrait leur être refusé et que la qualité de ces soins ne devrait pas être moindre parce qu'ils ne peuvent pas payer. Lorsque les citoyens ont fait leur choix quant au responsable des coûts et aux modalités de paiement, l'impartialité est devenue la valeur déterminante. Étant donné que les soins de santé sont un bien collectif, ils sont d'avis que les citoyens devraient y contribuer selon leurs moyens, donc par le biais des impôts.

Le souci d'impartialité a aussi conduit les citoyens à s'inquiéter de ce qui attendait la prochaine génération. La population étant vieillissante, ils hésitent à se décharger sur

Les valeurs fondamentales en 2002

Universalité… tout le monde est inclus

L'universalité est une valeur importante qui suscite l'intérêt général. Tout au long des séances, les participants ont répété : « il faut maintenir l'universalité », « l'universalité me préoccupe » et « j'appuie l'universalité ». Ce concept signifie que tout le monde peut recevoir les soins médicaux essentiels. Pour concrétiser cette valeur, les citoyens acceptent le principe énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) – chacun a droit aux services couverts par le régime public d'assurance-santé selon des modalités uniformes. De nombreuses personnes font également le lien avec une autre valeur, la mise en commun des risques.

Équité… l'accès individuel est fondé sur le besoin

L'équité est directement liée à l'universalité. Les Canadiens veulent être traités de façon équitable peu importe leur statut social ou financier. En réalité, ils utilisaient parfois les deux termes pour définir la même réalité. « Accessibilité pour tout le monde », « accès universel » et « je favorise l'accessibilité et l'universalité » sont des affirmations qui ont été souvent entendues au cours des dialogues et qui trouvaient un écho chez la majorité des participants. Bien qu'ils aient analysé les changements qui seraient susceptibles de compromettre cette valeur, en fin de compte, ils étaient tous d'accord avec le principe d'accessibilité énoncé dans la LCS – l'accès aux soins de santé doit être basé sur le besoin et non pas sur la capacité de payer.

> ***« Mon message est de maintenir l'universalité et que tout le monde soit sur le même pied d'égalité pour ce qui est des soins de santé. » [Vancouver]***
>
> ***« Je suis venu ici avec un esprit ouvert. Je pensais qu'un système à deux vitesses et l'imposition de frais modérateurs étaient la solution et garantiraient l'avenir des soins de santé. Mais j'ai changé d'idée depuis. Je pense que nous avons besoin d'un système plus universel permettant à tout le monde de bénéficier des mêmes services. » [Regina]***
>
> ***« Le problème ou la situation du système de santé au Canada est très complexe, ça ne sera pas facile à résoudre. Mon souhait est que le programme d'assurance santé au Canada demeure universel, accessible à tous, pauvres et riches. » [Bathurst]***

Solidarité… former une équipe

Le contrat concernant les soins de santé est une entente conclue non seulement entre les citoyens et leurs gouvernements, mais aussi entre les citoyens eux-mêmes. Les participants ont manifesté un sens poussé de la solidarité et de la propriété collective à l'égard du système. Ils ont parlé ouvertement de leur responsabilité mutuelle – d'un

sentiment de réciprocité. S'ils veulent avoir accès à des soins quand ils sont malades, ils doivent impérativement tenir compte des besoins d'autrui. Ce sens de la propriété collective et du partage des ressources s'est affirmé de plus en plus au cours des dialogues au fur et à mesure que les participants se rendaient compte que leurs concitoyens, qui n'étaient que de parfaits étrangers au début de la matinée, partageaient les mêmes valeurs fondamentales. « Nous formons une équipe. »

> ***« Nous ne faisons qu'un malgré les différences que présentent nos données démographiques. L'idée de solidarité reste bien ancrée en nous. Cela fait partie de nous. » [Halifax, jour 1]***
>
> ***« Je me suis rendu compte qu'un système parallèle détruirait une importante partie de notre identité. Je crois que ce qui nous distingue, c'est que nous nous préoccupons beaucoup de notre communauté. » [Ottawa]***
>
> ***« Je comprends mieux ce que signifie d'être Canadien, et ce sens de la communauté que j'observe aujourd'hui... J'ai vu un groupe de personnes... qui veut un meilleur système autant pour eux et leur famille que pour les autres citoyens. » [Thunder Bay]***
>
> ***« Nous avons tous le même objectif... améliorer notre système public. » [Calgary]***
>
> ***« Je me suis rendu compte d'une chose aujourd'hui, peut-être parce que je n'ai pas souvent utilisé le système de soins de santé, c'est que les Canadiens y tiennent beaucoup ... tout le monde semble s'en préoccuper énormément. » [Vancouver]***

C'est cette solidarité – ce sens de la communauté associé à l'équité, à l'impartialité et à l'universalité – qui pousse la plupart des citoyens, en bout de ligne, à cette première conclusion : le système public est le seul type de système qui répond entièrement aux valeurs sociales des Canadiens.

Impartialité... notre contribution se fonde sur nos moyens

L'impartialité est liée à la solidarité. Les citoyens croient qu'aucun soin médicalement nécessaire ne devrait leur être refusé et que la qualité de ces soins ne devrait pas être moindre parce qu'ils ne peuvent pas payer. Lorsque les citoyens ont fait leur choix quant au responsable des coûts et aux modalités de paiement, l'impartialité est devenue la valeur déterminante. Étant donné que les soins de santé sont un bien collectif, ils sont d'avis que les citoyens devraient y contribuer selon leurs moyens, donc par le biais des impôts.

Le souci d'impartialité a aussi conduit les citoyens à s'inquiéter de ce qui attendait la prochaine génération. La population étant vieillissante, ils hésitent à se décharger sur

leurs enfants de leurs dépenses en matière de soins de santé par le biais des impôts. Ils cherchent un équilibre aussi bien pour aujourd'hui que pour demain.

> *« J'ai 51 ans et Mark en a 19. Je fais partie d'un groupe majoritaire, mes besoins en matière de soins de santé augmentent. Mark fait partie d'un groupe minoritaire qui devra soutenir le système dans l'avenir. Si je ne commence pas à payer plus que ce que je paie actuellement, Mark devra le faire. Mes enfants devront le faire... Passer le problème à la génération de Mark, ce n'est pas juste. » [Halifax, jour 2]*
>
> *« Nous avons un accès équitable à un prix raisonnable – nous sommes sur la bonne voie. » [Calgary]*
>
> *« J'ai passé la moitié de ma vie sans régime d'assurance-santé. Nous devons garder les principes... Payer par le biais de nos impôts est la seule solution équitable. » [Halifax, jour 1]*
>
> *« Je souhaite que la vague de "baby boomers" qui s'en vient, qui est déjà là dans le système de santé, fasse en sorte que ça va coûter cher, mais j'espère que ça ne sera pas une dette que les prochaines générations vont avoir à assumer. » [Montréal, jour 2]*

Qualité... les soins sont opportuns et adaptés aux besoins

Pour les spécialistes, la qualité et les options sont des concepts techniques. La qualité est définie par l'erreur médicale ou par les comparaisons entre les protocoles thérapeutiques, tandis que les options se traduisent par la liberté de choisir son propre fournisseur et les modalités de paiement.

Pour les citoyens, qualité est synonyme de disponibilité, efficacité et bonne coordination des soins de santé. Ils ont très peu parlé des erreurs médicales et pour eux, l'optionnalité signifie pouvoir influencer la méthode de prestation des soins et les décisions quant aux traitements. Ils veulent un système « humain », un système centré sur les patients et attentif à leurs besoins, un système qui leur permet de faire des choix (p. ex. le choix du docteur dans un système d'inscription des clients). Cette valeur permet une définition plus large du principe d'intégralité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* qui s'étend aux nouveaux services et aux traitements parallèles.

« Je m'inquiète du manque de spécialistes en Saskatchewan et du temps d'attente. » [Regina].

« Je trouve intéressant que les chiens aient accès à l'IRM et que les listes d'attente pour les humains soient interminables. » [Regina]

« L'accès au système diminue. Certaines personnes attendent 14 ou 15 heures dans les salles d'urgence ou sur des civières dans les couloirs, c'est inquiétant. » [Ottawa]

« Trouver un médecin ici c'est presque impossible et cela pose des problèmes à l'urgence. » [Ottawa]

« Pourquoi devons-nous attendre pendant des heures à l'urgence ? » [Halifax, jour 2]

« Je suis content que de nombreuses personnes partagent la même opinion à propos des soins parallèles, un point que je voulais à tout prix soulever. » [Vancouver]

« Je voudrais qu'on mette l'accent sur la prévention, les méthodes parallèles (de soins de santé), l'éducation et les ressources matérielles afin que je puisse mieux me préparer lorsque je dois rendre visite à mon médecin. » [Thunder Bay]

Mieux-être… la prévention est fondamentale

Le mieux-être et la prévention sont deux concepts très répandus, tellement que les observateurs se sont demandés si le Canada subissait un changement sociétal. Ce sujet a été abordé par toutes sortes de personnes, malades ou en bonne santé, hommes ou femmes, jeunes ou vieux, riches ou pauvres. Les citoyens sont particulièrement inquiets de la mauvaise alimentation des enfants et de leur manque d'exercice physique – le phénomène des « téléphages » – et de la suppression des cours d'éducation physique et des postes d'infirmières de la santé publique dans les écoles.

Le mieux-être a été abordé dans les déclarations d'ouverture et repris dans les observations finales. L'accueil a été si favorable que les citoyens qui n'y avaient pas pensé en sont venus à la conclusion que « leurs enfants devraient apprendre à prendre soin d'eux-mêmes » et que « l'éducation et la prévention sont essentielles à la survie à long terme du système ». De nombreuses personnes ont clos la discussion en disant qu'ils avaient commencé à réfléchir à la responsabilité qu'ils ont de s'occuper de leur santé.

leurs enfants de leurs dépenses en matière de soins de santé par le biais des impôts. Ils cherchent un équilibre aussi bien pour aujourd'hui que pour demain.

> *« J'ai 51 ans et Mark en a 19. Je fais partie d'un groupe majoritaire, mes besoins en matière de soins de santé augmentent. Mark fait partie d'un groupe minoritaire qui devra soutenir le système dans l'avenir. Si je ne commence pas à payer plus que ce que je paie actuellement, Mark devra le faire. Mes enfants devront le faire... Passer le problème à la génération de Mark, ce n'est pas juste. » [Halifax, jour 2]*
>
> *« Nous avons un accès équitable à un prix raisonnable – nous sommes sur la bonne voie. » [Calgary]*
>
> *« J'ai passé la moitié de ma vie sans régime d'assurance-santé. Nous devons garder les principes... Payer par le biais de nos impôts est la seule solution équitable. » [Halifax, jour 1]*
>
> *« Je souhaite que la vague de "baby boomers" qui s'en vient, qui est déjà là dans le système de santé, fasse en sorte que ça va coûter cher, mais j'espère que ça ne sera pas une dette que les prochaines générations vont avoir à assumer. » [Montréal, jour 2]*

Qualité... les soins sont opportuns et adaptés aux besoins

Pour les spécialistes, la qualité et les options sont des concepts techniques. La qualité est définie par l'erreur médicale ou par les comparaisons entre les protocoles thérapeutiques, tandis que les options se traduisent par la liberté de choisir son propre fournisseur et les modalités de paiement.

Pour les citoyens, qualité est synonyme de disponibilité, efficacité et bonne coordination des soins de santé. Ils ont très peu parlé des erreurs médicales et pour eux, l'optionnalité signifie pouvoir influencer la méthode de prestation des soins et les décisions quant aux traitements. Ils veulent un système « humain », un système centré sur les patients et attentif à leurs besoins, un système qui leur permet de faire des choix (p. ex. le choix du docteur dans un système d'inscription des clients). Cette valeur permet une définition plus large du principe d'intégralité énoncé dans la *Loi canadienne sur la santé* qui s'étend aux nouveaux services et aux traitements parallèles.

« Je m'inquiète du manque de spécialistes en Saskatchewan et du temps d'attente. » [Regina].

« Je trouve intéressant que les chiens aient accès à l'IRM et que les listes d'attente pour les humains soient interminables. » [Regina]

« L'accès au système diminue. Certaines personnes attendent 14 ou 15 heures dans les salles d'urgence ou sur des civières dans les couloirs, c'est inquiétant. » [Ottawa]

« Trouver un médecin ici c'est presque impossible et cela pose des problèmes à l'urgence. » [Ottawa]

« Pourquoi devons-nous attendre pendant des heures à l'urgence ? » [Halifax, jour 2]

« Je suis content que de nombreuses personnes partagent la même opinion à propos des soins parallèles, un point que je voulais à tout prix soulever. » [Vancouver]

« Je voudrais qu'on mette l'accent sur la prévention, les méthodes parallèles (de soins de santé), l'éducation et les ressources matérielles afin que je puisse mieux me préparer lorsque je dois rendre visite à mon médecin. » [Thunder Bay]

Mieux-être… la prévention est fondamentale

Le mieux-être et la prévention sont deux concepts très répandus, tellement que les observateurs se sont demandés si le Canada subissait un changement sociétal. Ce sujet a été abordé par toutes sortes de personnes, malades ou en bonne santé, hommes ou femmes, jeunes ou vieux, riches ou pauvres. Les citoyens sont particulièrement inquiets de la mauvaise alimentation des enfants et de leur manque d'exercice physique – le phénomène des « téléphages » – et de la suppression des cours d'éducation physique et des postes d'infirmières de la santé publique dans les écoles.

Le mieux-être a été abordé dans les déclarations d'ouverture et repris dans les observations finales. L'accueil a été si favorable que les citoyens qui n'y avaient pas pensé en sont venus à la conclusion que « leurs enfants devraient apprendre à prendre soin d'eux-mêmes » et que « l'éducation et la prévention sont essentielles à la survie à long terme du système ». De nombreuses personnes ont clos la discussion en disant qu'ils avaient commencé à réfléchir à la responsabilité qu'ils ont de s'occuper de leur santé.

« Ma principale observation est que la majorité des citoyens croient que la prévention est la clé, tout comme moi, et je suis étonnée. » [Ottawa]

« Tout le monde pense que davantage de prévention et d'éducation est nécessaire et que cela fera baisser les coûts. » [Vancouver]

« Besoin de responsabiliser les gens par rapport à leur propre santé. » [Québec]

« Aujourd'hui pas question... Qu'est ce que je peux faire pour être en forme, être comme mon père de quatre-vingts ans... C'est simple, en faisant un peu d'exercice physique, en m'incitant à faire de l'exercice physique. Pas en m'incitant financièrement. En me montrant des témoignages de personnes de 75 - 80 ans qui ont investi dans la santé, qui sont en forme physique. Comment ils ont fait pour vivre, donner des recettes et enseigner ça à nos enfants. » [Québec]

Efficacité… une gestion saine et un comportement responsable assurent que nous en avons pour notre argent

L'efficacité est la valeur fondamentale sur laquelle reposent bon nombre de choix et de compromis. Les citoyens se sont dits atterrés par ce qu'ils considéraient des marques d'inefficacité dans le système actuel. (Dans les groupes francophones, les critiques étaient les mêmes, mais on s'en prenait à « la gestion ».)

Les citoyens croient que la mauvaise utilisation des services par les patients, les évaluations répétitives et diverses autres mesures prises par les fournisseurs, le chevauchement des efforts (les différents paliers de gouvernement qui se renvoient la balle), et la dynamique hautement politisée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, entraînent des coûts supplémentaires importants pour les contribuables.

Les citoyens veulent plus d'efficacité afin de préserver et de protéger ce qu'il y a de bon dans le système; ils veulent garantir sa viabilité. Les ressources sanitaires (financières, professionnelles et technologiques) sont rares et doivent être partagées, ce qui signifie qu'il faut les ménager. En tant qu'usagers, bailleurs de fonds et fournisseurs, les citoyens sont prêts à restreindre leurs propres choix comme « consommateurs » afin de conserver ces précieuses ressources, et ils espèrent que les autres opteront pour des solutions qui respecteront cette valeur. Plus important encore, les citoyens n'appuieront aucune hausse d'impôt visant à augmenter les ressources du système avant d'avoir pu constater l'adoption de certains correctifs.

« Des réformes administratives pourraient nous faire épargner de l'argent. Il y a aussi la double administration... il faut réduire les chevauchements. » [Vancouver]

« Nous avons le gouvernement fédéral et provincial, les régies régionales, les administrations locales, les administrations des hôpitaux, et chaque fois qu'on a une question, ils nous disent : "nous allons vous référer ailleurs". La bureaucratie doit être éliminée à tous les échelons. » [Vancouver]

« Ce que j'ai trouvé le plus capoté aujourd'hui, c'est que je pense que tout le monde pense la même affaire. Tous les tirs se sont dirigés vers la même chose : la gestion, la gestion. Je pense que c'est un message très important au gouvernement. » [Québec]

« Je vis dans une région éloignée, donc où il y a des problématiques que je ne sens pas déceler un peu partout dans les grands centres. Dans le système actuel, au Québec, tout n'est pas à rejeter, tout tourne autour d'une saine gestion, autant financière que des ressources humaines, et du concept réorganisation et réaménagement. » [Québec]

Responsabilisation... chaque personne est responsable de la façon dont elle utilise ou touche le système; la prise de décision et les dépenses sont transparentes

La population veut que tous les intervenants dans le système de soins de santé rendent compte de leur rendement et des conséquences de leurs actions. Les abus doivent être surveillés et corrigés. Au cours des dialogues, les citoyens ont été capables d'énoncer clairement leurs propres responsabilités et d'ensuite dresser des profils de responsabilisation pour les fournisseurs et les gestionnaires, les sociétés privées et les gouvernements (voir chapitre V). Ils croient que tous les intervenants jouent un rôle d'administrateur – pour que les ressources actuelles soient vraiment utilisées de façon efficace.

Les citoyens veulent que les choses soient claires. La confusion des rôles entre les gouvernements les empêche de savoir qui est responsable de quoi. Ils soulignent que les inefficacités sont dues aux disputes intergouvernementales, car d'importantes décisions sont retardées par les politiques sur les soins de santé.

Dans tous les dialogues, les demandes pour une transparence accrue étaient nombreuses. Les citoyens veulent savoir à quoi servent leurs impôts et où cet argent sera injecté.

Pour les citoyens, responsabilisation et efficacité vont de paire. Ces deux points ont été soulevés lors des déclarations d'ouverture et ont été appuyés à la suite des délibérations sur les modalités de paiement. Les participants étaient convaincus qu'il y a beaucoup de travail à faire pour améliorer les opérations quotidiennes relativement à ces deux valeurs. Même s'ils n'ont pas établi de lien avec le principe de gestion publique énoncé dans la

« Ma principale observation est que la majorité des citoyens croient que la prévention est la clé, tout comme moi, et je suis étonnée. » [Ottawa]

« Tout le monde pense que davantage de prévention et d'éducation est nécessaire et que cela fera baisser les coûts. » [Vancouver]

« Besoin de responsabiliser les gens par rapport à leur propre santé. » [Québec]

« Aujourd'hui pas question... Qu'est ce que je peux faire pour être en forme, être comme mon père de quatre-vingts ans... C'est simple, en faisant un peu d'exercice physique, en m'incitant à faire de l'exercice physique. Pas en m'incitant financièrement. En me montrant des témoignages de personnes de 75 - 80 ans qui ont investi dans la santé, qui sont en forme physique. Comment ils ont fait pour vivre, donner des recettes et enseigner ça à nos enfants. » [Québec]

Efficacité... une gestion saine et un comportement responsable assurent que nous en avons pour notre argent

L'efficacité est la valeur fondamentale sur laquelle reposent bon nombre de choix et de compromis. Les citoyens se sont dits atterrés par ce qu'ils considéraient des marques d'inefficacité dans le système actuel. (Dans les groupes francophones, les critiques étaient les mêmes, mais on s'en prenait à « la gestion ».)

Les citoyens croient que la mauvaise utilisation des services par les patients, les évaluations répétitives et diverses autres mesures prises par les fournisseurs, le chevauchement des efforts (les différents paliers de gouvernement qui se renvoient la balle), et la dynamique hautement politisée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, entraînent des coûts supplémentaires importants pour les contribuables.

Les citoyens veulent plus d'efficacité afin de préserver et de protéger ce qu'il y a de bon dans le système; ils veulent garantir sa viabilité. Les ressources sanitaires (financières, professionnelles et technologiques) sont rares et doivent être partagées, ce qui signifie qu'il faut les ménager. En tant qu'usagers, bailleurs de fonds et fournisseurs, les citoyens sont prêts à restreindre leurs propres choix comme « consommateurs » afin de conserver ces précieuses ressources, et ils espèrent que les autres opteront pour des solutions qui respecteront cette valeur. Plus important encore, les citoyens n'appuieront aucune hausse d'impôt visant à augmenter les ressources du système avant d'avoir pu constater l'adoption de certains correctifs.

> ***« Des réformes administratives pourraient nous faire épargner de l'argent. Il y a aussi la double administration... il faut réduire les chevauchements. » [Vancouver]***
>
> ***« Nous avons le gouvernement fédéral et provincial, les régies régionales, les administrations locales, les administrations des hôpitaux, et chaque fois qu'on a une question, ils nous disent : "nous allons vous référer ailleurs". La bureaucratie doit être éliminée à tous les échelons. » [Vancouver]***
>
> ***« Ce que j'ai trouvé le plus capoté aujourd'hui, c'est que je pense que tout le monde pense la même affaire. Tous les tirs se sont dirigés vers la même chose : la gestion, la gestion. Je pense que c'est un message très important au gouvernement. » [Québec]***
>
> ***« Je vis dans une région éloignée, donc où il y a des problématiques que je ne sens pas déceler un peu partout dans les grands centres. Dans le système actuel, au Québec, tout n'est pas à rejeter, tout tourne autour d'une saine gestion, autant financière que des ressources humaines, et du concept réorganisation et réaménagement. » [Québec]***

Responsabilisation... chaque personne est responsable de la façon dont elle utilise ou touche le système; la prise de décision et les dépenses sont transparentes

La population veut que tous les intervenants dans le système de soins de santé rendent compte de leur rendement et des conséquences de leurs actions. Les abus doivent être surveillés et corrigés. Au cours des dialogues, les citoyens ont été capables d'énoncer clairement leurs propres responsabilités et d'ensuite dresser des profils de responsabilisation pour les fournisseurs et les gestionnaires, les sociétés privées et les gouvernements (voir chapitre V). Ils croient que tous les intervenants jouent un rôle d'administrateur – pour que les ressources actuelles soient vraiment utilisées de façon efficace.

Les citoyens veulent que les choses soient claires. La confusion des rôles entre les gouvernements les empêche de savoir qui est responsable de quoi. Ils soulignent que les inefficacités sont dues aux disputes intergouvernementales, car d'importantes décisions sont retardées par les politiques sur les soins de santé.

Dans tous les dialogues, les demandes pour une transparence accrue étaient nombreuses. Les citoyens veulent savoir à quoi servent leurs impôts et où cet argent sera injecté.

Pour les citoyens, responsabilisation et efficacité vont de paire. Ces deux points ont été soulevés lors des déclarations d'ouverture et ont été appuyés à la suite des délibérations sur les modalités de paiement. Les participants étaient convaincus qu'il y a beaucoup de travail à faire pour améliorer les opérations quotidiennes relativement à ces deux valeurs. Même s'ils n'ont pas établi de lien avec le principe de gestion publique énoncé dans la

Loi canadienne sur la santé, il est évident que ce principe ou l'interprétation qu'on peut en faire ne répond pas à leurs attentes.

> *« L'assurance-santé est très importante pour les Canadiens. Cependant, la responsabilisation est essentielle. J'exige qu'on rende des comptes dans la mesure où l'on dépense l'argent de nos impôts. » [Montréal, jour 1]*
>
> *« J'ai constaté beaucoup de dépenses inutiles et un manque de responsabilisation. C'est pourquoi je ne fais pas vraiment confiance au gouvernement, non seulement à l'échelle provinciale, mais aussi fédérale. Donc s'il existait un système de reddition de comptes, cela ne me dérangerait pas de dépenser plus d'argent pour des services que j'aurais reçus. » [Regina]*
>
> *« On a besoin d'un vérificateur général indépendent, pas nommé par le gouvernement, pour revoir et assainir la gestion des coûts et du système de santé. » [Québec]*
>
> *« Nous devons convaincre les Canadiens d'être plus responsables de leur santé. Quand j'y pense, je connais bien des personnes qui auraient pu faire des choix différents et ainsi réduire les coûts des soins dont ils ont maintenant besoin. » [Ottawa]*
>
> *« Je suis certain qu'il y a des tonnes d'argent dans le système, mais cet argent est gaspillé, et personne n'est responsable. Nous devons établir des critères plus stricts quant à la façon dont cet argent est dépensé. » [Toronto]*
>
> *« J'aimerais pouvoir compter sur un système capable de mesurer certaines données (résultats et efficacité), lesquelles pourraient être utilisées pour déléguer plus de pouvoirs aux régies régionales et infrarégionales... leur donner des outils de gestion plus efficaces. » [Calgary]*

Continuité et changement

En 1996, le Forum national a mené un sondage auprès de 803 Canadiens répartis dans 9 communautés, et il a ensuite invité 93 d'entre eux à former des groupes de discussion afin d'examiner des scénarios sur diverses options auxquelles font face les fournisseurs et les patients. Ils ont eu peu de temps pour discuter des compromis que suppose chaque scénario. Le Forum a identifié un ensemble de valeurs fondamentales très semblables aux valeurs décrites ci-dessus, mais il n'a pas été en mesure de les faire correspondre à des politiques[15].

Loi canadienne sur la santé, il est évident que ce principe ou l'interprétation qu'on peut en faire ne répond pas à leurs attentes.

> *« L'assurance-santé est très importante pour les Canadiens. Cependant, la responsabilisation est essentielle. J'exige qu'on rende des comptes dans la mesure où l'on dépense l'argent de nos impôts. » [Montréal, jour 1]*
>
> *« J'ai constaté beaucoup de dépenses inutiles et un manque de responsabilisation. C'est pourquoi je ne fais pas vraiment confiance au gouvernement, non seulement à l'échelle provinciale, mais aussi fédérale. Donc s'il existait un système de reddition de comptes, cela ne me dérangerait pas de dépenser plus d'argent pour des services que j'aurais reçus. » [Regina]*
>
> *« On a besoin d'un vérificateur général indépendent, pas nommé par le gouvernement, pour revoir et assainir la gestion des coûts et du système de santé. » [Québec]*
>
> *« Nous devons convaincre les Canadiens d'être plus responsables de leur santé. Quand j'y pense, je connais bien des personnes qui auraient pu faire des choix différents et ainsi réduire les coûts des soins dont ils ont maintenant besoin. » [Ottawa]*
>
> *« Je suis certain qu'il y a des tonnes d'argent dans le système, mais cet argent est gaspillé, et personne n'est responsable. Nous devons établir des critères plus stricts quant à la façon dont cet argent est dépensé. » [Toronto]*
>
> *« J'aimerais pouvoir compter sur un système capable de mesurer certaines données (résultats et efficacité), lesquelles pourraient être utilisées pour déléguer plus de pouvoirs aux régies régionales et infrarégionales... leur donner des outils de gestion plus efficaces. » [Calgary]*

Continuité et changement

En 1996, le Forum national a mené un sondage auprès de 803 Canadiens répartis dans 9 communautés, et il a ensuite invité 93 d'entre eux à former des groupes de discussion afin d'examiner des scénarios sur diverses options auxquelles font face les fournisseurs et les patients. Ils ont eu peu de temps pour discuter des compromis que suppose chaque scénario. Le Forum a identifié un ensemble de valeurs fondamentales très semblables aux valeurs décrites ci-dessus, mais il n'a pas été en mesure de les faire correspondre à des politiques[15].

Six ans plus tard, se fondant sur un processus intensif d'une journée, nos dialogues entre Canadiens ont produit des résultats radicalement différents, et ce, pour deux raisons. Premièrement, les citoyens ont évolué. Les « réformes » et les coupures dans les services de soins de santé qui ont eu lieu au début des années 1990 n'ont pas favorisé un meilleur rendement, pas plus que la réinjection massive de fonds qui a été faite ces cinq dernières années. Aujourd'hui, la population est plus critique et plus sceptique à l'égard de la politique, elle se sent plus préoccupée que jamais par la viabilité du système d'assurance-santé. D'une façon générale, elle est beaucoup plus consciente des contraintes qu'impose une situation économique difficile, et exige donc que l'argent alloué au système de soins de santé soit mieux dépensé.

Deuxièmement, la méthodologie utilisée au cours des dialogues a obligé les citoyens à faire des choix difficiles. En ayant plus de temps à leur portée et en s'appuyant sur des scénarios axés sur des choix institutionnels plutôt que sur des dilemmes personnels, la grande majorité des participants a pu convenir de l'orientation générale du contrat pour les soins de santé. Par ailleurs, ils rejettent le statu quo.

Le modèle canadien – 2002

Les dialogues ont permis aux citoyens de prendre conscience que le système leur appartenait. Ils sont allés au-delà de leur rôle d'usagers et de consommateurs afin de se définir comme des propriétaires, des investisseurs et des intervenants. Leur jugement final en fin de journée représentait l'essence même du futur contrat pour les soins de santé, un contrat qui ne lie pas seulement les citoyens entre eux, mais aussi les citoyens et les intervenants responsables du système – les fournisseurs, les gestionnaires et les gouvernements.

Le contrat pour les soins de santé élaboré par les Canadiens en 2002 est différent du précédent contrat. Au milieu des années 1960, lorsque le régime d'assurance-santé a été instauré, un des principaux objectifs était de protéger les citoyens de la faillite personnelle. En 1984, lorsque la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée, l'accent a été mis sur le soutien de l'universalité et de l'égalité d'accès. En 1996, lorsque le Forum national sur la santé a mené une recherche sur les valeurs relatives aux soins de santé, les citoyens étaient très réticents aux changements. Aujourd'hui, ceux qui ont la chance de réfléchir plus en profondeur aux divers enjeux se disent prêts au changement. Ils veulent sauvegarder l'essentiel du régime d'assurance-santé, mais ils ne croient pas qu'il soit viable dans sa version actuelle.

Le plus important changement depuis 1996 a été l'introduction de valeurs économiques et politiques formelles dans le contrat pour les soins de santé. L'efficacité et la responsabilisation faisaient partie des valeurs identifiées par le Forum, mais ces deux valeurs n'ont pas été exprimées en tant qu'options telles qu'elles l'ont été lors des dialogues. L'universalité et l'équité ont toujours été, et resteront toujours, les assises du système. Les Canadiens veulent en garder l'essentiel, mais afin de le soutenir, ils croient

à la nécessité de procéder à une réforme du modèle et du fonctionnement du système de soins de santé et de changer leurs comportements.

Voici les diverses valeurs :

- **Les valeurs sociales** – Les Canadiens croient fermement que cette société se porterait mieux si elle tenait compte des risques que les lacunes pourraient avoir sur l'ensemble de la population. Ils estiment que les soins de santé sont un bien collectif, une ressource commune, un avantage qui doit être légué aux générations futures. Ils croient que tous devraient contribuer de façon équitable, selon leurs revenus, et avoir le droit de recevoir des soins quand ils en ont besoin.

- **Les valeurs politiques** – Les participants ont parlé ouvertement de leurs droits et de leurs responsabilités en tant que citoyens. Ils croient qu'ils ont tous le même droit de recevoir des soins de qualité et adaptés à leurs besoins. Ils ont aussi établi une liste de responsabilités personnelles dont ils souhaitent rendre compte. Ils aspirent en outre à une plus grande responsabilisation et à des normes de gestion pertinentes pour les autres citoyens, les fournisseurs, les gestionnaires et les gouvernements. Ils insistent également sur une transparence accrue en ce qui concerne le processus décisionnel en général et les dépenses.

- **Les valeurs économiques** – Tout en exprimant leur confiance absolue à l'égard du principe d'institutions publiques, ils croient que ces institutions doivent veiller à une gestion efficace du système et qu'elles doivent investir dans la santé de la population à long terme par la prévention et l'éducation.

Il est important de noter les valeurs que les citoyens n'ont pas entièrement acceptées. En voici quelques exemples.

- La liberté de choix, qui figurait parmi les valeurs identifiées par le Forum, a été aisément acceptée par l'opinion publique dans le sondage de 2002. Cependant, elle ne faisait pas partie des priorités évoquées lors des dialogues entre Canadiens. Les participants ont utilisé l'expression en lui accordant toutefois un autre sens. Pouvoir choisir signifie non pas d'avoir la liberté de garantir la qualité et l'accès selon la capacité de payer, mais bien d'accorder des pouvoirs aux patients et de faire en sorte que le système leur permette de recourir à d'autres traitements et à des choix parallèles.

- Le Forum national a aussi cerné la responsabilité collective comme une valeur fondamentale, ce qui signifie que les citoyens veulent participer aux décisions qui sont prises concernant le système de santé, aussi bien en tant que citoyens qu'en tant que membres de commissions et de comités consultatifs. En revanche, le dialogue entre Canadiens a permis de renforcer cette valeur en reliant la responsabilité collective à l'administration du système – dans le but d'atteindre l'efficacité et la responsabilisation nécessaires. Le résultat de ce renforcement a d'abord été perçu

dans leurs insistances à l'effet que les inefficacités et les actions nuisibles à la santé telles que la dégradation de l'environnement devraient être punies.

- Finalement, les responsabilités personnelles ont évolué depuis 1996. La responsabilité de prendre en main notre santé et de surveiller l'usage que nous faisons du système demeurent des sujets de préoccupations. Toutefois, les participants aux dialogues ont insisté sur deux autres points : adapter la façon dont on utilise le système pour profiter des nouvelles technologies et des nouvelles méthodes d'organisation des soins, et partager équitablement les coûts, par exemple en levant un impôt réservé aux soins de santé. Ainsi, les citoyens partagent la responsabilité des gains en efficacité, même si cela signifie devoir sacrifier certains choix personnels. Cependant, ils ne sont pas allés jusqu'à imposer des amendes aux personnes qui ne prennent pas soin de leur santé ou qui n'utilisent pas le système adéquatement.

En résumé, le dialogue entre Canadiens aura été la toute première occasion offerte aux citoyens de faire le lien entre les anciennes et les nouvelles valeurs en revoyant le contrat pour les soins de santé, dont ils ont redéfini les bases en 2002. Les citoyens tentent de se diriger vers un système efficace et davantage viable financièrement, basé sur le modèle actuel d'assurance-santé. Ils ont utilisé leurs valeurs fondamentales et leurs principes pour permettre au gouvernement de faire des changements importants et posé des conditions très intéressantes qui devraient être soumises à l'assentiment de la population.

« Je comprends mieux ce que signifie d'être Canadien, et ce sens de la communauté que j'observe aujourd'hui... Aux États-Unis, c'est chacun pour soi. On a le système de soins de santé qu'on peut se payer. J'ai vu un groupe de personnes qui sont prêtes à mettre le prix pour l'édification d'un meilleur système autant pour eux et pour leur famille, que pour les autres citoyens. » [Thunder Bay]

« J'espère que vous comprendrez notre désir d'avoir un système plus fiable et plus responsable et que nous sommes, en tant que citoyens, prêts à participer et à assumer notre propre santé. Heureusement, cette volonté augmentera l'efficacité de nos ressources à long terme. » [Halifax, jour 1]

« En tant que Canadiens, nous nous préoccupons de notre entourage et nous n'avons pas peur de laisser le gouvernement nous aider. Après tout, ce n'est pas une calamité. » [Ottawa]

« J'ai été surpris de la générosité des citoyens. Ils sont prêts à payer plus d'impôts. Le Canada est synonyme d'humanité, de liberté et de liberté de choix. » [Ottawa]

dans leurs insistances à l'effet que les inefficacités et les actions nuisibles à la santé telles que la dégradation de l'environnement devraient être punies.

- Finalement, les responsabilités personnelles ont évolué depuis 1996. La responsabilité de prendre en main notre santé et de surveiller l'usage que nous faisons du système demeurent des sujets de préoccupations. Toutefois, les participants aux dialogues ont insisté sur deux autres points : adapter la façon dont on utilise le système pour profiter des nouvelles technologies et des nouvelles méthodes d'organisation des soins, et partager équitablement les coûts, par exemple en levant un impôt réservé aux soins de santé. Ainsi, les citoyens partagent la responsabilité des gains en efficacité, même si cela signifie devoir sacrifier certains choix personnels. Cependant, ils ne sont pas allés jusqu'à imposer des amendes aux personnes qui ne prennent pas soin de leur santé ou qui n'utilisent pas le système adéquatement.

En résumé, le dialogue entre Canadiens aura été la toute première occasion offerte aux citoyens de faire le lien entre les anciennes et les nouvelles valeurs en revoyant le contrat pour les soins de santé, dont ils ont redéfini les bases en 2002. Les citoyens tentent de se diriger vers un système efficace et davantage viable financièrement, basé sur le modèle actuel d'assurance-santé. Ils ont utilisé leurs valeurs fondamentales et leurs principes pour permettre au gouvernement de faire des changements importants et posé des conditions très intéressantes qui devraient être soumises à l'assentiment de la population.

« Je comprends mieux ce que signifie d'être Canadien, et ce sens de la communauté que j'observe aujourd'hui... Aux États-Unis, c'est chacun pour soi. On a le système de soins de santé qu'on peut se payer. J'ai vu un groupe de personnes qui sont prêtes à mettre le prix pour l'édification d'un meilleur système autant pour eux et pour leur famille, que pour les autres citoyens. » [Thunder Bay]

« J'espère que vous comprendrez notre désir d'avoir un système plus fiable et plus responsable et que nous sommes, en tant que citoyens, prêts à participer et à assumer notre propre santé. Heureusement, cette volonté augmentera l'efficacité de nos ressources à long terme. » [Halifax, jour 1]

« En tant que Canadiens, nous nous préoccupons de notre entourage et nous n'avons pas peur de laisser le gouvernement nous aider. Après tout, ce n'est pas une calamité. » [Ottawa]

« J'ai été surpris de la générosité des citoyens. Ils sont prêts à payer plus d'impôts. Le Canada est synonyme d'humanité, de liberté et de liberté de choix. » [Ottawa]

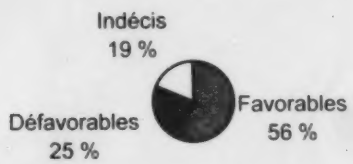
IV Matinée : L'avenir souhaité pour le système de soins de santé

Ce chapitre décrit ce qui s'est passé pendant la matinée, lorsque les participants mettaient de l'avant leurs préoccupations et leurs préférences initiales et définissaient ensemble une vision commune du système qu'ils aimeraient avoir dans dix ans. Après avoir lu le cahier et écouté les explications du facilitateur quant aux objectifs de la séance, à l'ordre du jour et aux motifs d'inquiétudes (énoncés au chapitre II), les citoyens ont rempli un questionnaire visant à mesurer leurs premières réactions. À l'aide d'une échelle de cotation de sept chiffres, ils ont indiqué s'ils approuvaient ou non chacun des quatre scénarios proposés.

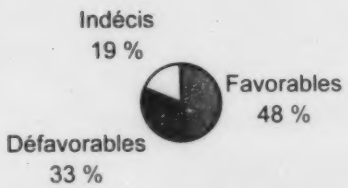
Jugement initial des quatre scénarios

Figure 6
Résultats du questionnaire prédialogue

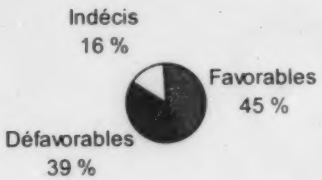
Réorganiser la prestation des services



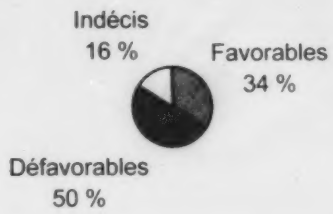
Accroissement de l'investissement public



Partager les coûts et les responsabilités



Accroissement du rôle du secteur privé



Nota : Sur une échelle de cotation de sept chiffres, les cotes de 5 à 7 indiquaient l'approbation; 4, l'indécision; 1 à 3, la désapprobation.
Source : Dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Au début des dialogues, un seul scénario, *Réorganiser la prestation des services*, était accueilli favorablement par plus de la moitié des participants (56 %). Dans l'ensemble, les résultats du premier questionnaire révèlent qu'aucun des changements proposés ne jouit d'un appui vraiment massif. Moins de 50 % des répondants se ralliaient à l'idée d'investir plus de fonds publics dans le système. Moins de 50 % des répondants étaient disposés à payer des frais modérateurs. Près du tiers étaient ouverts à la mise en place d'un système privé qui existerait en parallèle et qui permettrait d'accroître les options personnelles, mais 50 % des répondants s'y opposaient (voir la figure 6).

Début du dialogue

Une fois les premiers questionnaires remplis, on a invité chaque participant à se présenter et à discuter brièvement d'une question qui lui tenait particulièrement à cœur. Les mêmes points revenaient sans cesse. En s'inspirant de leurs propres expériences, les gens parlaient spontanément et aisément de l'universalité, de l'accessibilité, de la capacité financière, de la viabilité, de l'inefficacité, du gaspillage et des abus, ainsi que de la prévention. On a mentionné, mais moins souvent, la couverture et les choix personnels. Certaines personnes remettaient en question la gravité du problème et se demandaient si des changements importants s'imposent véritablement; d'autres hésitaient à communiquer leurs propres idées à ce stade, car ils venaient « pour en apprendre davantage sur le système », « pour s'instruire », et ils étaient « curieux de voir comment le processus se déroule ».

Les points soulevés sont résumés ci-dessous, en ordre décroissant, à commencer par ceux qui ont été mentionnés le plus fréquemment au début des dialogues.

Universalité et accessibilité

Les participants tenaient à ce que le régime d'assurance-santé continue à couvrir également tous les soins médicalement nécessaires dont les Canadiens ont besoin. Mais au fur et à mesure que progressait leur réflexion sur le présent et sur l'avenir, certaines inquiétudes surgissaient :

- le manque de ressources (financières, humaines et matérielles);
- les délais entourant la consultation d'un omnipraticien ou d'un spécialiste, les services de diagnostic, une intervention chirurgicale non urgente ou les soins à domicile;
- la possibilité réelle pour les personnes à faibles ou à moyens revenus de recevoir les soins nécessaires;
- les grandes distances que doivent parcourir les résidents des régions rurales pour accéder aux hôpitaux et à des soins spécialisés. On estime que les médecins et les infirmières délaissent ces communautés en raison de la surcharge de travail et des ressources inadéquates.

Capacité financière et viabilité futures

Un nombre important de personnes ont déclaré sans ambages qu'à leur avis, le système de soins de santé ne peut être maintenu dans sa forme actuelle. Elles s'interrogeaient sur le contrôle des dépenses et, frustrées, se demandaient « par où passe l'argent ». Celles qui ne bénéficient pas d'une assurance supplémentaire se souciaient du coût des médicaments délivrés sur ordonnance et des services qui ne sont pas pleinement couverts par le régime d'assurance-santé.

Les opinions divergeaient quant aux solutions à retenir :

- certains approuvaient l'introduction de frais modérateurs tandis que d'autres s'y opposaient;
- certains s'opposaient carrément à l'augmentation des impôts tandis qu'elle suscitait très peu d'appui de d'autres;
- on réclamait une meilleure utilisation des ressources actuelles;
- on insistait pour dire qu'il existe des moyens de rendre le système plus rentable;
- certains suggéraient que les entreprises qui encouragent de mauvaises habitudes (tabac, alcool, aliments sans valeur nutritive) ou qui retirent indûment des bénéfices liés aux soins de santé (médicaments délivrés sur ordonnance) devraient payer plus de taxes.

Inefficacité, gaspillage et abus

Les participants croyaient que tous les acteurs – patients, fournisseurs, gestionnaires et gouvernements – font augmenter les coûts par des pratiques inefficaces. Ils citaient en exemple :

- les patients pour qui une visite chez le médecin constitue une activité sociale;
- ceux qui consultent plusieurs médecins pour multiplier les ordonnances;
- ceux qui ont recours aux services d'urgence pour des raisons injustifiées;
- les médecins qui font revenir leurs patients quand ce n'est pas nécessaire;
- ceux qui prescrivent trop de médicaments;
- la taille des ministères provinciaux, qui n'a pas changé malgré la création d'autorités régionales;
- les gouvernements fédéral et provinciaux qui passent leur temps à se disputer plutôt qu'à prendre les décisions qui s'imposent.

Prévention et éducation

Un thème revenait souvent, à savoir que les Canadiens, à titre individuel et collectif, devraient mettre davantage l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ils considèrent que les coupes dans les programmes de santé dans les écoles et autres collectivités, et dans les programmes comme Participaction, sont de fausses

économies et qu'elles engendreraient des coûts beaucoup plus élevés plus tard quand des maladies normalement évitables devraient être traitées. Leurs points de vue dépassaient largement l'adage « il vaut mieux prévenir que guérir » et comprenaient une meilleure compréhension des facteurs déterminants pour une bonne santé, à savoir un environnement sain, des collectivités vigoureuses et une vie active.

Couverture

Les quelques demandes portant sur une augmentation de la couverture offerte visaient surtout l'inclusion des soins à domicile et des médicaments délivrés sur ordonnance. Certains ont mis l'accent sur le besoin d'assurer un meilleur accès aux technologies de pointe coûteuses, tandis que d'autres favorisaient l'accès à la médecine douce et aux thérapies non médicales.

Libre choix

Des participants se sont montrés intéressés à explorer la privatisation des services dans le but d'élargir les options disponibles et d'introduire dans le système un nouveau dynamisme concurrentiel. D'autres ont toutefois vite manifesté leur opposition à la privatisation, craignant qu'elle ne mène à une recherche active du profit.

Le système de soins de santé préféré

Tenant compte de leurs propres préoccupations et de celles des autres, les participants se sont réunis, premièrement en petits groupes (d'environ dix personnes), puis en séance plénière afin de décrire leur vision de l'avenir : « Qu'est-ce que nous souhaitons retrouver dans notre système de soins de santé dans dix ans ? ». Il n'y avait pas de facilitateur, chaque groupe dirigeant lui-même ses discussions, guidé par une série de règles fondamentales pour le dialogue. On leur a demandé de commencer par un examen approfondi de chaque scénario, et de préciser comment serait le système dans dix ans s'il était adopté. Quels seraient les points forts et les points faibles de chaque projection ? Ensuite, les groupes ont dû passer en revue les aspects positifs qu'ils avaient trouvés à chaque scénario et choisir ceux qui, à leur avis, valaient d'être retenus. Finalement, les groupes ont été appelés à réexaminer leur liste d'éléments souhaitables en y ajoutant n'importe quel autre point jugé nécessaire. Après avoir travaillé pendant à peu près 90 minutes, les participants se sont tous réunis en séance plénière où ils ont défini les divers éléments de ce qui leur semblait devoir être l'avenir, en s'inspirant des points similaires contenus dans les rapports de chaque groupe.

Leur vision s'appuyait à la fois sur les questions, les préoccupations et les valeurs décrites dans leurs commentaires du début, et sur d'autres points énoncés dans les cahiers.

Vers la fin de la matinée, les participants avaient identifié les aspects clés du système qu'ils envisageaient pour dans dix ans. Leurs conclusions figurent dans l'encadré ci-dessous et une explication plus détaillée est fournie par la suite. La vision qui s'en dégage est restée étonnamment constante d'un bout à l'autre du pays.

Matinée : le système de santé idéal

Accès fondé sur le besoin
Couverture universelle
Responsabilisation claire pour toutes les parties
Satisfaction des besoins individuels dans un système privilégiant le malade
Accent sur la bonne santé et la prévention
Soins intégrés, multidisciplinaires et pratiques
Système efficace et abordable

Accès fondé sur le besoin

Le système de choix des Canadiens fournirait à tous des soins médicalement nécessaires dont l'accès serait déterminé par le besoin, et non par la capacité de payer. Cette caractéristique recueillait un appui massif, mais ne faisait pas l'unanimité.

Certains ont revendiqué le droit de défrayer eux-mêmes les traitements offerts dans le secteur privé plutôt que « d'attendre, selon les besoins » qu'on s'occupe d'eux dans le système public. Pour la plupart d'entre eux, cela ne contredisait aucunement les principes de la couverture universelle et de l'accès fondé sur le besoin. Ils estimaient que le fait de permettre à ceux qui le souhaitent de se payer des services privés pourrait décongestionner le système public. L'ensemble des répondants croyaient toutefois qu'en augmentant de la sorte les options personnelles il y a risque de causer un tort réel au système public, et que ce risque n'est pas acceptable.

Couverture universelle

Les services de santé nécessaires devraient être couverts pour tous, mais qu'entend-on par service nécessaire ? Certaines personnes se sont prononcées en faveur d'une expansion de la couverture pour inclure les soins à domicile et les médicaments ainsi que les soins oculaires et dentaires. Quelques-unes ont proposé d'ajouter à cette liste les services des praticiens de la médecine douce, comme les naturopathes. En partie parce que l'on soupçonne les compagnies pharmaceutiques de mettre de l'avant des traitements coûteux dont l'utilité réelle n'a pas été démontrée, d'aucuns réclamaient que plus d'attention soit accordée aux thérapies non pharmacologiques. Le nombre des demandes visant une couverture accrue variait d'une région à l'autre du pays, ce qui n'est guère surprenant étant donné les différences qui existent actuellement entre les divers régimes provinciaux d'assurance-santé. La plupart des utilisateurs estimaient néanmoins qu'il

valait mieux se concentrer avant tout sur la viabilité du système actuel avant d'étendre la couverture.

Responsabilisation claire pour toutes les parties

Les patients, les fournisseurs et les gouvernements assumeraient une plus large part de responsabilité. Certains sont allés plus loin en suggérant que les compagnies pharmaceutiques et les industries ayant des incidences sur la santé, comme celles qui polluent, soient ajoutées à cette liste. D'autres s'inquiétaient toutefois des conséquences économiques potentiellement négatives qu'une telle mesure pourrait entraîner, affirmant que les coûts supplémentaires seraient transmis aux consommateurs.

Les participants ont signalé le besoin d'une plus grande transparence quant à la répartition des ressources, à la manière dont l'argent est dépensé et au processus décisionnel. À cet égard, ils ont envisagé la possibilité de percevoir des impôts axés carrément sur les soins de santé, ce qui entraînerait une responsabilisation accrue. Dans le système de demain, les responsabilités de chaque gouvernement et de chaque établissement de santé seraient clairement définies pour que l'on sache qui doit répondre de quoi.

Satisfaction des besoins individuels

Le système retenu tiendrait compte du fait que les besoins varient entre individus et serait, par conséquent, souple et axé sur les patients. Il serait aussi plus sensible aux besoins des personnes qui préfèrent la médecine douce, qui doivent avoir recours aux nouvelles technologies de diagnostic, qui souhaitent participer étroitement aux choix d'un traitement ou qui pourraient bénéficier des innovations en pharmacothérapie. En somme, le système assurerait des soins continus, du berceau à la tombe.

Même si l'accès aux technologies de pointe, fort coûteuses, soulève des appréhensions, les gens ne croient pas que cette médecine soit utile dans tous les cas. Une évaluation objective et critique des nouvelles technologies s'imposerait afin d'en déterminer le rapport coût-avantages comparativement à celui des procédures plus anciennes.

Accent sur la bonne santé et la prévention

La prévention de la maladie et la promotion de la santé compteraient parmi les priorités du système. Il s'agirait cependant d'une responsabilité qui serait assumée conjointement par les particuliers, les familles, les écoles et les communautés, et qui serait intégrée à tout programme gouvernemental.

Soins intégrés, multidisciplinaires et pratiques

L'élément central de ce système serait le travail en équipe, un concept jugé fort intéressant du fait qu'il permettrait de mieux répondre aux besoins individuels, privilégierait la bonne santé et la prévention, et offrirait, par l'entremise d'une équipe formée de divers professionnels, des soins intégrés et coordonnés. Les participants ont trouvé commode la prestation de services 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, ainsi que le principe du guichet unique. Certains espéraient aussi que la mise sur pied d'équipes de soutien réduise le fardeau des médecins, prévienne l'épuisement professionnel et encourage les professionnels de la santé à s'installer dans les régions rurales ou éloignées.

Système efficace et abordable

Le système serait à la fois efficace et abordable. Des soins de santé à tout prix ne sont pas acceptables. Les participants avaient d'ailleurs certaines idées quant à la façon de réaliser des économies : la gestion pourrait être simplifiée, et les tests de diagnostic et les évaluations effectués une seule fois. Selon ce scénario, le fournisseur le plus approprié serait chargé de la prestation des soins, tandis que l'équipe veillerait à en faciliter l'accès. On pourrait réduire le coût des médicaments, par exemple, en concluant des ententes d'achat en bloc.

Le financement futur : des gains en efficacité

Vers la fin de la matinée, les participants exprimaient une grande résistance à l'idée d'une hausse des impôts. On ne s'entendait pas sur la provenance des fonds qui pourraient être réaffectés aux soins de santé. L'imposition de frais modérateurs a suscité l'appui de certains, mais l'on ressentait aussi un malaise notable devant l'effet que ces frais pourraient avoir sur les personnes à faibles revenus. D'autres s'y sont carrément opposés, soutenant qu'en s'acquittant de frais modérateurs, on se trouverait à payer deux fois les services, et que cela pourrait décourager ceux qui n'ont pas les moyens d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Les avis étaient partagés également au sujet de la création d'un système privé en parallèle. Bien que celui-ci pourrait réduire les pressions qui s'exercent sur le système public, comme en convenaient certains, il pourrait aussi lui nuire si les meilleurs médecins, les équipements et autres ressources essentielles devaient passer au privé. Cela faciliterait aussi d'autres coupes budgétaires.

En somme, chaque dialogue a permis d'élaborer une vision de ce que pourrait devenir le système canadien des soins de santé, et toutes ces visions étaient étonnamment constantes d'une région à l'autre du pays. Cependant, la vision globale qui s'en dégageait demeurait une liste de souhaits devant être financés à même les économies rendues possibles par une gestion plus efficace. Il était évident que les participants voulaient éviter une hausse des impôts. Pendant le restant de la journée, afin d'arriver à des conclusions mûrement réfléchies et plus responsables, ils se sont attachés à résoudre les contradictions qui se dégageaient de la liste, tentant de déterminer la meilleure façon de se payer les services qu'ils souhaitaient.

V Après-midi : choix et compromis

On a consacré l'après-midi à faire des choix difficiles et des compromis pour parvenir à la vision du système de santé que le public avait définie. Les participants ont travaillé dans les mêmes groupes pour répondre à la question : « Quelle est la meilleure façon de se diriger vers un avenir souhaitable pour les soins de santé au Canada, quelles étapes particulières devrions-nous suivre ? » Les facilitateurs ont mis l'accent sur l'établissement d'une liste d'étapes, logiques pour tout le monde (qui ne soient pas mal comprises) et abordables; ils ont demandé qu'on précise autant que possible les différentes mesures à prendre et le mode de financement. Ils ont insisté : « Si nous ne faisons pas les choix et les compromis qui s'imposent, quelqu'un les fera à notre place et il se pourrait bien que ce ne soient pas nos choix. »

Dans la plupart des cas, les facilitateurs ont utilisé trois tableaux muraux pour indiquer le genre de questions auxquelles les participants auraient à répondre : sur le premier, on énumérait les différentes façons de « payer pour ce qu'on veut »; sur le deuxième, on demandait aux participants de préciser quelles contraintes relatives à l'accessibilité aux soins ils étaient prêts à accepter pour « réduire les coûts et améliorer l'efficacité » dans un régime d'inscription des usagers (fondé sur des équipes); sur le troisième, on leur demandait quelle serait leur limite en ce qui concerne les services pour lesquels les gens pourraient avoir une assurance privée. Ces tableaux sont reproduits à l'annexe 3.

Dans chacun des groupes, les participants ont travaillé dur pendant une heure et demie, élaborant ensemble une liste d'étapes, faisant des choix difficiles et des compromis. L'espoir que le système pouvait fonctionner en éliminant simplement le gaspillage et en améliorant la gestion s'est estompé et on a commencé à examiner plus précisément ce qu'il fallait faire. Les groupes ont ensuite donné leurs conclusions, et on a continué le dialogue en définissant les étapes sur lesquelles la majorité se ralliait.

Le désir de réforme est en même temps audacieux et prudent. Les Canadiens sont prêts à accepter un système qui semble très différent, mais ils sont clairs sur leurs exigences, leurs conditions et des facteurs d'admissibilité impliquant tous les acteurs du système.

Après-midi : choix à faire

Réorganisation de la prestation des services
Davantage de fonds... publics
Responsabilisation et transparence accrues
Opinion des gens sur la réforme de la santé

Réorganisation de la prestation des services

Les participants se sont concentrés sur le renouvellement du système grâce à des réformes qui correspondent aux valeurs que sont l'accessibilité fondée sur le besoin,

l'équité et l'efficacité. Ils ont compris que les avantages attendus pourraient leur venir de la création d'équipes de professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens et autres) qui dispenseraient des soins de première ligne mieux coordonnés et soutenus par un système central d'information. Ils étaient séduits par l'idée qu'une telle équipe non seulement donnerait des soins de façon mieux coordonnée et plus rentable, mais également serait une incitation à se préoccuper du bien-être et de l'information du bénéficiaire autant que de la prévention des maladies. Pour que cela fonctionne, ils savent que cela demande des changements de comportement chez les prestateurs, les gouvernements et eux-mêmes. Ils ont donc examiné avec beaucoup d'attention les changements auxquels ils étaient prêts pour l'accessibilité aux soins en améliorant l'efficacité et en diminuant les coûts dans un régime d'inscription des usagers. Certains compromis étaient faciles et ont été acceptés d'emblée. D'autres ont exigé beaucoup plus de temps et de dialogue.

Salles d'urgence : autres possibilités

Les participants se disaient prêts à se faire soigner dans des cliniques affiliées au réseau des services de santé au lieu d'aller aux urgences lorsqu'il n'y a pas d'urgence. Certains sont même allés plus loin en proposant dans ce dernier cas l'imposition de frais modérateurs.

Médecins : autres possibilités

Les citoyens sont à l'aise avec les infirmières praticiennes qui évaluent les besoins (triage) et ils sont prêts à se fier aux infirmières pour les soins courants comme les vaccins, la vérification de la guérison d'une plaie chirurgicale ou d'une infection.

Investissement en temps dans la formation et le bien-être

Les Canadiens sont désireux d'agir pour rester en bonne santé. Ils sont prêts à consacrer du temps pour connaître les mesures de prévention et changer des habitudes malsaines. Ils s'attendent à ce que le réseau des services de santé et le gouvernement fassent le tri dans l'information contradictoire qu'ils détiennent des médias et qu'ils leur fournissent une source fiable, des conseils et du soutien pour les guider dans leurs choix sur les moyens de rester en bonne santé. Ils savent que le contrat pour la santé est d'assumer la responsabilité de leur propre condition en mangeant correctement, en faisant de l'exercice et en vivant sainement. Plusieurs ont apporté leur témoignage. Ils ont conscience que le fait de se préoccuper de bien-être et de prévention a un sens pour tout le monde, tout au long de la vie – c'est un processus d'apprentissage permanent autant pour les jeunes que pour les moins jeunes.

Inscription des usagers

À la fin de l'après-midi, les participants étaient prêts à s'inscrire et à recevoir tous leurs soins primaires d'une seule équipe de prestateurs pendant au moins un an, mais à certaines conditions.

Quelques personnes ont accepté l'inscription sans condition parce que cela semblait être une bonne solution à leurs difficultés actuelles de trouver un médecin de famille. La plupart des participants espéraient qu'ils auraient l'avantage d'équipes pluridisciplinaires sans avoir l'inconvénient d'être limités dans leur choix de médecin ou leur désir de changer de médecin. Beaucoup se sont inquiétés d'être coincés avec un médecin qu'ils n'aiment pas et ont accepté l'inscription à condition qu'ils puissent choisir leur médecin au sein du réseau. La condition était qu'ils puissent rencontrer le médecin pour évaluer si leur personnalité, leurs principes et leur approche de la santé concordent.

Lorsqu'ils acceptent l'inscription des usagers, les Canadiens s'attendent à des soins adaptés, dispensés par une équipe dirigée par des médecins. Ils ont clairement dit qu'ils ne veulent pas être liés à des opérations commerciales comme c'est le cas pour les organisations de soins de santé intégrés (OSSI) aux États-Unis. Ils ont insisté que les réseaux ou les équipes sanitaires doivent fonctionner au Canada au sein du système public. Beaucoup ont parlé de leur expérience personnelle (ami ou famille) des OSSI aux États-Unis pour mettre en garde. Les OSSI sont considérées comme bureaucratiques et plaçant leur profit avant les besoins des malades. Les gens n'aiment pas être des tierspayants privés dans les OSSI et ils désapprouvent les limites de couverture et d'accès.

Conversation sur l'inscription des usagers à Vancouver

« J'ai deux enfants. Il faudrait que je puisse choisir (mon médecin) parce que si je m'inscris auprès d'un médecin et que je dois le voir pendant un an, et je me rends compte après trois mois qu'il est incompétent ou qu'il fait des choses qui vont mettre en danger ma santé ou celle de ma fille, je ne vais pas vouloir consulter ce médecin-là. »

« Pour bien des gens, ce (l'inscription des usagers) ne sera pas un problème. Mais pour certains, ils regardent leur médecin, il les regarde et ils se détestent tout de suite et vous êtes coincé avec lui pendant un an, n'y comptez pas. Ça ne marchera jamais... ce serait très destructeur pour la relation médecin/patient si l'on n'avait aucune souplesse. »

« Si l'on peut mettre (les renseignements sur l'usager) dans une base de données et si l'on peut les transférer sur (différents réseaux), aller d'un (réseau) à l'autre ne devrait pas être un problème... on n'a pas besoin de refaire tous ces tests de diagnostic puisque tout est là. »

Inscription des usagers

À la fin de l'après-midi, les participants étaient prêts à s'inscrire et à recevoir tous leurs soins primaires d'une seule équipe de prestateurs pendant au moins un an, mais à certaines conditions.

Quelques personnes ont accepté l'inscription sans condition parce que cela semblait être une bonne solution à leurs difficultés actuelles de trouver un médecin de famille. La plupart des participants espéraient qu'ils auraient l'avantage d'équipes pluridisciplinaires sans avoir l'inconvénient d'être limités dans leur choix de médecin ou leur désir de changer de médecin. Beaucoup se sont inquiétés d'être coincés avec un médecin qu'ils n'aiment pas et ont accepté l'inscription à condition qu'ils puissent choisir leur médecin au sein du réseau. La condition était qu'ils puissent rencontrer le médecin pour évaluer si leur personnalité, leurs principes et leur approche de la santé concordent.

Lorsqu'ils acceptent l'inscription des usagers, les Canadiens s'attendent à des soins adaptés, dispensés par une équipe dirigée par des médecins. Ils ont clairement dit qu'ils ne veulent pas être liés à des opérations commerciales comme c'est le cas pour les organisations de soins de santé intégrés (OSSI) aux États-Unis. Ils ont insisté que les réseaux ou les équipes sanitaires doivent fonctionner au Canada au sein du système public. Beaucoup ont parlé de leur expérience personnelle (ami ou famille) des OSSI aux États-Unis pour mettre en garde. Les OSSI sont considérées comme bureaucratiques et plaçant leur profit avant les besoins des malades. Les gens n'aiment pas être des tierspayants privés dans les OSSI et ils désapprouvent les limites de couverture et d'accès.

Conversation sur l'inscription des usagers à Vancouver

« J'ai deux enfants. Il faudrait que je puisse choisir (mon médecin) parce que si je m'inscris auprès d'un médecin et que je dois le voir pendant un an, et je me rends compte après trois mois qu'il est incompétent ou qu'il fait des choses qui vont mettre en danger ma santé ou celle de ma fille, je ne vais pas vouloir consulter ce médecin-là. »

« Pour bien des gens, ce (l'inscription des usagers) ne sera pas un problème. Mais pour certains, ils regardent leur médecin, il les regarde et ils se détestent tout de suite et vous êtes coincé avec lui pendant un an, n'y comptez pas. Ça ne marchera jamais... ce serait très destructeur pour la relation médecin/patient si l'on n'avait aucune souplesse. »

« Si l'on peut mettre (les renseignements sur l'usager) dans une base de données et si l'on peut les transférer sur (différents réseaux), aller d'un (réseau) à l'autre ne devrait pas être un problème... on n'a pas besoin de refaire tous ces tests de diagnostic puisque tout est là. »

« Dans les réseaux, si l'on parle de généralistes, qu'est-ce que j'ai comme choix dans une région rurale ? Y a-t-il seulement un médecin ou deux ? Que se passe-t-il si les valeurs d'un médecin ou des deux médecins ne coïncident pas avec les miennes, qu'en est-il de mes besoins ? Quel rôle est-ce que je joue pour ce qui a trait à ma santé ? Je voudrai certainement aller voir ailleurs. »

« Si l'on peut garantir qu'on aura le choix de plus d'un médecin... il faut pouvoir en sortir. Il faut qu'on ait la liberté d'aller voir ailleurs avant d'accepter (l'inscription). »

Cartes à puce

La plupart des participants étaient d'accord avec l'utilisation de cartes à puce pour améliorer la coordination des soins et réduire les abus. Les professionnels de la santé auraient ainsi accès au dossier du bénéficiaire, les renseignements sur sa santé étant mis sur la puce, ou la carte étant utilisée pour avoir accès à une base de données centralisée.

Dans certaines séances, les cartes à puce ont été rapidement acceptées. Dans d'autres, on estime que les risques par rapport à la confidentialité étaient trop grands. On se soucie des pirates informatiques et on craint que les employeurs, les compagnies d'assurance et autres accèdent à l'information et l'utilisent à mauvais escient, pour refuser un emploi ou une couverture.

Toutefois, après avoir longuement pesé le pour et le contre, et après une discussion savante et animée, la plupart des participants ont conclu que les avantages de la carte à puce dépassaient ses inconvénients. Un facteur décisif a été la conclusion que l'utilisation de cartes à puce permettrait de mieux contrôler les abus que ne le feraient les frais modérateurs, dont les participants craignent qu'il ne décourage les moins nantis de demander des soins nécessaires. Une condition posée dans de nombreuses conversations était que seuls les professionnels de la santé puissent lire le dossier et que l'information enregistrée se limite à ce qui est essentiel pour coordonner les soins et empêcher les abus.

Conversation sur les cartes à puce à Calgary

« Je pense que les cartes à puce ont beaucoup de côtés positifs mais aussi bien des côtés négatifs parce qu'elles peuvent devenir une condition d'embauche. Si quelqu'un souffre d'une maladie chronique, on peut employer cet argument et refuser de l'embaucher. Comment est-ce qu'on contrôle ça ? »

« Une des suggestions veut que ce soit une carte à puce personnelle... on pourrait décider qui peut lire l'information. »

« Mais si quelqu'un veut lire ma carte à puce et je dis non, il se peut que la personne me demande : "Qu'avez-vous à cacher ?" »

« Je crois que s'il existait une loi qui prévoit que personne ne peut vous demander votre carte à puce, ça résoudrait le problème. »

« Il existe une loi qui prévoit que personne ne peut vous demander votre numéro d'assurance sociale. Pourtant, il apparaît dans toutes les demandes d'emploi. »

« C'est (l'information sur la santé) là de toutes façons. Il nous faut évaluer de nouveau la disponibilité de cette information et à quel niveau s'arrête la sécurité. On ne peut pas avoir ce qu'on veut tant qu'on ne diminue pas une partie des coûts indirects. Il faut que cette information soit accessible dans un seul endroit. »

« On utilise les cartes à puce pour repérer les abus de la part de la profession médicale, pas seulement ceux de l'usager. »

« Si j'étais hospitalisé en urgence et que j'avais perdu connaissance, personne ne pourrait deviner quels médicaments je prends. Je suis pour la carte à puce. Je veux que les médicaments que je prends y figurent... ainsi que mon état de santé, c'est pour ma protection. La carte à puce dans ce contexte, c'est pour protéger l'usager. »

Autre avis

Très peu de Canadiens seraient d'accord qu'on les empêche de demander un autre avis. La plupart des participants ont insisté pour avoir accès en permanence à un autre avis, à l'extérieur du réseau auquel ils sont inscrits, s'ils en ressentent le besoin. Quand ils ont compris que leur désir d'un autre avis allait à l'encontre de leur exigence d'une plus grande efficacité, beaucoup ont résolu la question en proposant qu'on puisse chercher un autre avis en dehors du réseau à condition de payer pour. C'est l'un des rares cas où l'on s'accordait pour dire que l'usager devrait payer.

Choix limité d'hôpitaux et de spécialistes

Les Canadiens veulent bien être envoyés dans un hôpital ou chez un spécialiste pour des soins, plutôt que de choisir eux-mêmes. Ils sont également prêts à se déplacer pour obtenir des soins spécialisés. Les participants de Regina et de Québec, par exemple, ont discuté d'une concentration de ressources dans des centres de spécialisation pour des interventions chirurgicales et des traitements médicaux compliqués. Ils estiment que les malades et leur famille devraient être prêts à se déplacer dans de grands centres régionaux, voire nationaux, pour obtenir les meilleurs soins possibles. Ils supposent que les frais de déplacement du malade seront couverts; ils reconnaissent les inconvénients d'un éloignement de la famille et des amis. Dans ce cas, l'efficacité et l'excellence priment sur la commodité.

« Dans les réseaux, si l'on parle de généralistes, qu'est-ce que j'ai comme choix dans une région rurale ? Y a-t-il seulement un médecin ou deux ? Que se passe-t-il si les valeurs d'un médecin ou des deux médecins ne coïncident pas avec les miennes, qu'en est-il de mes besoins ? Quel rôle est-ce que je joue pour ce qui a trait à ma santé ? Je voudrai certainement aller voir ailleurs. »

« Si l'on peut garantir qu'on aura le choix de plus d'un médecin... il faut pouvoir en sortir. Il faut qu'on ait la liberté d'aller voir ailleurs avant d'accepter d'inscription. »

Cartes à puce

La plupart des participants étaient d'accord avec l'utilisation de cartes à puce pour améliorer la coordination des soins et réduire les abus. Les professionnels de la santé auraient ainsi accès au dossier du bénéficiaire, les renseignements sur sa santé étant mis sur la puce, ou la carte étant utilisée pour avoir accès à une base de données centralisée.

Dans certaines séances, les cartes à puce ont été rapidement acceptées. Dans d'autres, on estime que les risques par rapport à la confidentialité étaient trop grands. On se soucie des pirates informatiques et on craint que les employeurs, les compagnies d'assurance et autres accèdent à l'information et l'utilisent à mauvais escient, pour refuser un emploi ou une couverture.

Toutefois, après avoir longuement pesé le pour et le contre, et après une discussion savante et animée, la plupart des participants ont conclu que les avantages de la carte à puce dépassaient ses inconvénients. Un facteur décisif a été la conclusion que l'utilisation de cartes à puce permettrait de mieux contrôler les abus que ne le feraient les frais modérateurs, dont les participants craignent qu'il ne décourage les moins nantis de demander des soins nécessaires. Une condition posée dans de nombreuses conversations était que seuls les professionnels de la santé puissent lire le dossier et que l'information enregistrée se limite à ce qui est essentiel pour coordonner les soins et empêcher les abus.

Conversation sur les cartes à puce à Calgary

« Je pense que les cartes à puce ont beaucoup de côtés positifs mais aussi bien des côtés négatifs parce qu'elles peuvent devenir une condition d'embauche. Si quelqu'un souffre d'une maladie chronique, on peut employer cet argument et refuser de l'embaucher. Comment est-ce qu'on contrôle ça ? »

« Une des suggestions veut que ce soit une carte à puce personnelle... on pourrait décider qui peut lire l'information. »

« Mais si quelqu'un veut lire ma carte à puce et je dis non, il se peut que la personne me demande : "Qu'avez-vous à cacher ?" »

« Je crois que s'il existait une loi qui prévoit que personne ne peut vous demander votre carte à puce, ça résoudrait le problème. »

« Il existe une loi qui prévoit que personne ne peut vous demander votre numéro d'assurance sociale. Pourtant, il apparaît dans toutes les demandes d'emploi. »

« C'est (l'information sur la santé) là de toutes façons. Il nous faut évaluer de nouveau la disponibilité de cette information et à quel niveau s'arrête la sécurité. On ne peut pas avoir ce qu'on veut tant qu'on ne diminue pas une partie des coûts indirects. Il faut que cette information soit accessible dans un seul endroit. »

« On utilise les cartes à puce pour repérer les abus de la part de la profession médicale, pas seulement ceux de l'usager. »

« Si j'étais hospitalisé en urgence et que j'avais perdu connaissance, personne ne pourrait deviner quels médicaments je prends. Je suis pour la carte à puce. Je veux que les médicaments que je prends y figurent... ainsi que mon état de santé, c'est pour ma protection. La carte à puce dans ce contexte, c'est pour protéger l'usager. »

Autre avis

Très peu de Canadiens seraient d'accord qu'on les empêche de demander un autre avis. La plupart des participants ont insisté pour avoir accès en permanence à un autre avis, à l'extérieur du réseau auquel ils sont inscrits, s'ils en ressentent le besoin. Quand ils ont compris que leur désir d'un autre avis allait à l'encontre de leur exigence d'une plus grande efficacité, beaucoup ont résolu la question en proposant qu'on puisse chercher un autre avis en dehors du réseau à condition de payer pour. C'est l'un des rares cas où l'on s'accordait pour dire que l'usager devrait payer.

Choix limité d'hôpitaux et de spécialistes

Les Canadiens veulent bien être envoyés dans un hôpital ou chez un spécialiste pour des soins, plutôt que de choisir eux-mêmes. Ils sont également prêts à se déplacer pour obtenir des soins spécialisés. Les participants de Regina et de Québec, par exemple, ont discuté d'une concentration de ressources dans des centres de spécialisation pour des interventions chirurgicales et des traitements médicaux compliqués. Ils estiment que les malades et leur famille devraient être prêts à se déplacer dans de grands centres régionaux, voire nationaux, pour obtenir les meilleurs soins possibles. Ils supposent que les frais de déplacement du malade seront couverts; ils reconnaissent les inconvénients d'un éloignement de la famille et des amis. Dans ce cas, l'efficacité et l'excellence priment sur la commodité.

Téléassistance

Les participants se sont dits prêts à utiliser des services de triage par téléphone – services de téléassistance – pour obtenir en permanence des renseignements plutôt que d'aller automatiquement chez le médecin, aux urgences ou dans une clinique, tant que ces services sont adaptés aux besoins. Bon nombre de ceux qui avaient fait appel à des services de téléassistance étaient convaincus qu'ils avaient évité une visite chez le médecin ou à la salle d'urgence.

Heures inopportunes pour les tests et les traitements

Les participants acceptaient volontiers d'aller passer des tests de diagnostic à des heures inopportunes, comme tard le soir ou tôt le matin.

« Je n'avais jamais pensé à utiliser un service de téléassistance ou à voir une infirmière plutôt qu'un médecin, maintenant je suis prêt à le faire. » [Regina]

« Je crois y voir un changement de paradigme. Je pense que nous sommes maintenant d'accord que c'est peut-être bien de s'adresser aux infirmières praticiennes. On n'a pas besoin de toujours voir le médecin. C'est un véritable changement. Maintenant, il faut faire accepter aux médecins qu'ils perdent cette maîtrise. » [Halifax, jour 2]

« La diversification relative aux soins de santé doit être plus grande au niveau de la collectivité, davantage d'infirmières praticiennes, de préposés à l'hygiène publique, d'alternatives pour les gens. Il y a bien des choses pour lesquelles on n'a pas besoin d'aller chez le médecin... on peut avoir des gens qui offrent ce genre de soins pour bien moins cher. » [Toronto]

« Donnez aux Canadiens les moyens de s'aider eux-mêmes, que ce soit par la formation ou l'accès à d'autres possibilités. Laissez-nous être responsables de notre santé et je pense que nous aurons un meilleur système à la fin. » [Ottawa]

Davantage de fonds... publics

Même avec ces changements, les participants ont convenu qu'il fallait davantage de fonds pour ce système de santé qu'ils apprécient. La question est donc de savoir où aller chercher ces fonds supplémentaires.

« Comment peut-on se permettre d'avoir tout ce qu'on veut en soins de santé ? Tout le monde veut que ça change. On veut recevoir plus en donnant moins. Comment faire ? Est-ce bien réaliste ? » [Vancouver]

« On peut obtenir un certain nombre de choses en faisant des économies, mais il faudra bien payer, que ce soit avec les impôts ou de notre poche. » [Regina]

« Si l'on veut les meilleurs soins de santé, il faut payer. Si l'on coupe seulement ici ou là, ça ne sert pas à grand chose. » [Regina]

Paiement à un système privé : exclus

Les Canadiens comprennent qu'on puisse se laisser séduire par la prestation de services et le financement d'un système privé. On s'inquiète des médecins qui partent pour les États-Unis et on se demande si un grand système privé jugulerait l'exode de cerveaux.

Beaucoup de gens admettent que certains aspects d'un système à deux vitesses existent déjà – certains achètent des services aux États-Unis et vont dans des cliniques de diagnostic privées au Canada – et ils se demandent pourquoi on ne devrait pas l'étendre.

Le plus important, c'est que les participants qui sont venus l'esprit ouvert à propos du paiement à un système privé ont été intrigués par l'argument voulant qu'une plus grande concurrence permette au système public de bénéficier d'une demande réduite et de solides repères. À un moment donné, bon nombre d'entre eux étaient prêts à laisser aux autres le choix du paiement à un système privé si cela signifiait un meilleur système public où les demandes sont moins nombreuses et les délais d'attente plus courts.

Conversation à Montréal sur le paiement à un système privé

« On l'a discuté dans notre équipe [groupe] et accepté une ouverture vers le secteur privé dans la mesure où un minimum garanti de qualité de soins égaux pour tout le monde et garanti dans le système public. »

« Moi, je serais capable de vivre avec [le système privé] parce que je ne vois pas que ça change rien au niveau système public. La personne, elle, a les moyens, du moment où le système public me garantit un certain service de base, donc, si j'ai les moyens pour pouvoir écourter mon mal, donc je paye et j'aurai un service plus rapide... Sauf que moi j'ai les moyens de payer, je vais payer en privé et ça ne va rien changer au système public. »

« La femme qui attend six semaines pour avoir son diagnostic, même si l'hôpital va lui donner, les six semaines entre les deux, je trouve que ça fait une iniquité. »

Téléassistance

Les participants se sont dits prêts à utiliser des services de triage par téléphone – services de téléassistance – pour obtenir en permanence des renseignements plutôt que d'aller automatiquement chez le médecin, aux urgences ou dans une clinique, tant que ces services sont adaptés aux besoins. Bon nombre de ceux qui avaient fait appel à des services de téléassistance étaient convaincus qu'ils avaient évité une visite chez le médecin ou à la salle d'urgence.

Heures inopportunes pour les tests et les traitements

Les participants acceptaient volontiers d'aller passer des tests de diagnostic à des heures inopportunes, comme tard le soir ou tôt le matin.

> *« Je n'avais jamais pensé à utiliser un service de téléassistance ou à voir une infirmière plutôt qu'un médecin, maintenant je suis prêt à le faire. » [Regina]*
>
> *« Je crois y voir un changement de paradigme. Je pense que nous sommes maintenant d'accord que c'est peut-être bien de s'adresser aux infirmières praticiennes. On n'a pas besoin de toujours voir le médecin. C'est un véritable changement. Maintenant, il faut faire accepter aux médecins qu'ils perdent cette maîtrise. » [Halifax, jour 2]*
>
> *« La diversification relative aux soins de santé doit être plus grande au niveau de la collectivité, davantage d'infirmières praticiennes, de préposés à l'hygiène publique, d'alternatives pour les gens. Il y a bien des choses pour lesquelles on n'a pas besoin d'aller chez le médecin... on peut avoir des gens qui offrent ce genre de soins pour bien moins cher. » [Toronto]*
>
> *« Donnez aux Canadiens les moyens de s'aider eux-mêmes, que ce soit par la formation ou l'accès à d'autres possibilités. Laissez-nous être responsables de notre santé et je pense que nous aurons un meilleur système à la fin. » [Ottawa]*

Davantage de fonds... publics

Même avec ces changements, les participants ont convenu qu'il fallait davantage de fonds pour ce système de santé qu'ils apprécient. La question est donc de savoir où aller chercher ces fonds supplémentaires.

« Comment peut-on se permettre d'avoir tout ce qu'on veut en soins de santé ? Tout le monde veut que ça change. On veut recevoir plus en donnant moins. Comment faire ? Est-ce bien réaliste ? » [Vancouver]

« On peut obtenir un certain nombre de choses en faisant des économies, mais il faudra bien payer, que ce soit avec les impôts ou de notre poche. » [Regina]

« Si l'on veut les meilleurs soins de santé, il faut payer. Si l'on coupe seulement ici ou là, ça ne sert pas à grand chose. » [Regina]

Paiement à un système privé : exclus

Les Canadiens comprennent qu'on puisse se laisser séduire par la prestation de services et le financement d'un système privé. On s'inquiète des médecins qui partent pour les États-Unis et on se demande si un grand système privé jugulerait l'exode de cerveaux.

Beaucoup de gens admettent que certains aspects d'un système à deux vitesses existent déjà – certains achètent des services aux États-Unis et vont dans des cliniques de diagnostic privées au Canada – et ils se demandent pourquoi on ne devrait pas l'étendre.

Le plus important, c'est que les participants qui sont venus l'esprit ouvert à propos du paiement à un système privé ont été intrigués par l'argument voulant qu'une plus grande concurrence permette au système public de bénéficier d'une demande réduite et de solides repères. À un moment donné, bon nombre d'entre eux étaient prêts à laisser aux autres le choix du paiement à un système privé si cela signifiait un meilleur système public où les demandes sont moins nombreuses et les délais d'attente plus courts.

Conversation à Montréal sur le paiement à un système privé

« On l'a discuté dans notre équipe [groupe] et accepté une ouverture vers le secteur privé dans la mesure où un minimum garanti de qualité de soins égaux pour tout le monde et garanti dans le système public. »

« Moi, je serais capable de vivre avec [le système privé] parce que je ne vois pas que ça change rien au niveau système public. La personne, elle, a les moyens, du moment où le système public me garantit un certain service de base, donc, si j'ai les moyens pour pouvoir écourter mon mal, donc je paye et j'aurai un service plus rapide... Sauf que moi j'ai les moyens de payer, je vais payer en privé et ça ne va rien changer au système public. »

« La femme qui attend six semaines pour avoir son diagnostic, même si l'hôpital va lui donner, les six semaines entre les deux, je trouve que ça fait une iniquité. »

« J'ai un problème quand on me dit, oui ça nous prendrait un système privé parce qu'on a les moyens et le choix parce que je souffre. Mais si on arrive à un système privé, c'est parce qu'il y a un problème avec le système public. Il ne répond pas à nos attentes, d'où la création du système privé. Commençons donc par régler nos problèmes dans le public avant de créer un autre problème. Ça me dérange beaucoup. »

« C'est inconcevable qu'on interdise à un citoyen le droit d'investir dans sa santé. Pourtant on l'autorise à investir dans la santé de son compagnon autant qu'il veut. J'ai déjà vu à la télévision des équipes vétérinaires qui sont équipées avec des "scanners" mieux que nos hôpitaux. Ça c'est complètement anormal. »

« Le sujet d'aujourd'hui c'est de voir comment on peut développer le système public. On est tous d'accord pour dire que le système privé existe. Notre groupe l'a considéré comme un plus, comme un luxe. »

« Est-ce qu'on a un droit de regard sur le développement du privé ? Le système privé se développe, on n'a rien à dire là-dedans. »

Toutefois, à mesure que les participants étudiaient ces questions, la plupart en sont arrivés à rejeter un système privé en parallèle. Le principe clé sur lequel la plupart sont tombés d'accord, c'est que cela ne serait acceptable que si cela ne faisait aucun tort au système public. À la fin de la discussion, même cette possibilité a été rejetée parce qu'elle drainerait de précieuses ressources du système public. Cette conclusion a souvent été renforcée par les propos de ceux et celles qui ont fait l'expérience de systèmes publics comme ceux du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis, où l'on incite les gens à payer le secteur privé pour recevoir des soins privés, et également par le refus de voir les riches sauter la queue. En définitive, ce qui compte le plus, c'est la détermination de ne pas nuire au système public.

« Pourquoi m'enlever le choix d'obtenir des services où je veux ? » [Regina]

« Je pense qu'on devrait pouvoir prendre une assurance et aller dans une clinique privée. C'est une erreur que de penser autrement. » [Ottawa]

« Le fait de parler à tous ces gens de notre groupe et d'écouter les observations des autres m'a fait changer d'avis sur certains points. Je crois encore qu'il y a de la place, pas forcément pour un système à deux vitesses, mais pour une plus grande implication du secteur privé pour permettre de régler l'aspect financier et me donner un peu plus de choix. » [Vancouver]

« Les systèmes publics ont tendance à engendrer des bureaucraties. Les systèmes privés ne peuvent pas se le permettre. Un système [à deux vitesses] peut éventuellement faire ressortir les lacunes du système public. » [Vancouver]

« Je croyais vraiment que cela valait la peine d'examiner un système à deux vitesses mais comme les discussions avançaient, je me suis mis à changer d'avis... je ne veux pas que ma santé soit aux dépens d'autres Canadiens. » [Ottawa]

« Un système à deux vitesses, cela signifie que les gens éviteraient la liste d'attente et empêcheraient ceux qui ont besoin d'une intervention chirurgicale de l'avoir. Ça ne ferait qu'aggraver le problème qu'on a actuellement avec les listes d'attente. » [Vancouver]

« Je suis très inquiet d'un système [à deux vitesses]. Quels médecins resteront dans le système public s'ils peuvent travailler dans le privé ? Je préférerais réparer ce qu'on a plutôt que d'ouvrir cette porte-là. » [Halifax, jour 1]

« L'idéal, c'est un système à deux vitesses. Mais la réalité est que, lorsque les gens ne feront plus la queue dans le système public et que les pressions actuelles auront été éliminées, le gouvernement va dire : "on peut économiser un peu ici". Cela veut dire qu'on va avoir un système public comme ils ont aux États-Unis où 40 % des gens reçoivent 0 % de soins. » [Ottawa]

« J'ai 70 ans maintenant. Il y a 20 ans, j'aurais été d'accord avec mon [jeune] ami, là devant moi. Mais aujourd'hui je suis contre toute idée de privatisation, parce que je suis d'avis que les personnes à faible revenu en souffriraient. J'en étais convaincu en arrivant, et je le suis toujours. [Regina] »

Peut-être que « oui », peut-être que « non » à la participation aux coûts

Les Canadiens se débattent avec l'idée de la participation aux coûts. La plupart sont convaincus qu'on ne devrait pas payer pour des services de base comme une consultation chez son médecin de famille, chez un spécialiste ou un séjour d'une nuit à l'hôpital. On croit que cela découragerait les personnes moins nanties de demander les soins dont elles ont besoin. Même avec l'assurance que les frais seraient plafonnés et que les malades à faible revenu auraient des subventions, la résistance restait vive. Que les frais soient plafonnés a amené certains participants à considérer que, de toutes façons, cela ne générerait que peu de revenu, alors pourquoi se donner cette peine ? Ces mêmes

« J'ai un problème quand on me dit, oui ça nous prendrait un système privé parce qu'on a les moyens et le choix parce que je souffre. Mais si on arrive à un système privé, c'est parce qu'il y a un problème avec le système public. Il ne répond pas à nos attentes, d'où la création du système privé. Commençons donc par régler nos problèmes dans le public avant de créer un autre problème. Ça me dérange beaucoup. »

« C'est inconcevable qu'on interdise à un citoyen le droit d'investir dans sa santé. Pourtant on l'autorise à investir dans la santé de son compagnon autant qu'il veut. J'ai déjà vu à la télévision des équipes vétérinaires qui sont équipées avec des "scanners" mieux que nos hôpitaux. Ça c'est complètement anormal. »

« Le sujet d'aujourd'hui c'est de voir comment on peut développer le système public. On est tous d'accord pour dire que le système privé existe. Notre groupe l'a considéré comme un plus, comme un luxe. »

« Est-ce qu'on a un droit de regard sur le développement du privé ? Le système privé se développe, on n'a rien à dire là-dedans. »

Toutefois, à mesure que les participants étudiaient ces questions, la plupart en sont arrivés à rejeter un système privé en parallèle. Le principe clé sur lequel la plupart sont tombés d'accord, c'est que cela ne serait acceptable que si cela ne faisait aucun tort au système public. À la fin de la discussion, même cette possibilité a été rejetée parce qu'elle drainerait de précieuses ressources du système public. Cette conclusion a souvent été renforcée par les propos de ceux et celles qui ont fait l'expérience de systèmes publics comme ceux du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis, où l'on incite les gens à payer le secteur privé pour recevoir des soins privés, et également par le refus de voir les riches sauter la queue. En définitive, ce qui compte le plus, c'est la détermination de ne pas nuire au système public.

« Pourquoi m'enlever le choix d'obtenir des services où je veux ? » [Regina]

« Je pense qu'on devrait pouvoir prendre une assurance et aller dans une clinique privée. C'est une erreur que de penser autrement. » [Ottawa]

« Le fait de parler à tous ces gens de notre groupe et d'écouter les observations des autres m'a fait changer d'avis sur certains points. Je crois encore qu'il y a de la place, pas forcément pour un système à deux vitesses, mais pour une plus grande implication du secteur privé pour permettre de régler l'aspect financier et me donner un peu plus de choix. » [Vancouver]

« Les systèmes publics ont tendance à engendrer des bureaucraties. Les systèmes privés ne peuvent pas se le permettre. Un système [à deux vitesses] peut éventuellement faire ressortir les lacunes du système public. » [Vancouver]

« Je croyais vraiment que cela valait la peine d'examiner un système à deux vitesses mais comme les discussions avançaient, je me suis mis à changer d'avis… je ne veux pas que ma santé soit aux dépens d'autres Canadiens. » [Ottawa]

« Un système à deux vitesses, cela signifie que les gens éviteraient la liste d'attente et empêcheraient ceux qui ont besoin d'une intervention chirurgicale de l'avoir. Ça ne ferait qu'aggraver le problème qu'on a actuellement avec les listes d'attente. » [Vancouver]

« Je suis très inquiet d'un système [à deux vitesses]. Quels médecins resteront dans le système public s'ils peuvent travailler dans le privé ? Je préférerais réparer ce qu'on a plutôt que d'ouvrir cette porte-là. » [Halifax, jour 1]

« L'idéal, c'est un système à deux vitesses. Mais la réalité est que, lorsque les gens ne feront plus la queue dans le système public et que les pressions actuelles auront été éliminées, le gouvernement va dire : "on peut économiser un peu ici". Cela veut dire qu'on va avoir un système public comme ils ont aux États-Unis où 40 % des gens reçoivent 0 % de soins. » [Ottawa]

« J'ai 70 ans maintenant. Il y a 20 ans, j'aurais été d'accord avec mon [jeune] ami, là devant moi. Mais aujourd'hui je suis contre toute idée de privatisation, parce que je suis d'avis que les personnes à faible revenu en souffriraient. J'en étais convaincu en arrivant, et je le suis toujours. [Regina] »

Peut-être que « oui », peut-être que « non » à la participation aux coûts

Les Canadiens se débattent avec l'idée de la participation aux coûts. La plupart sont convaincus qu'on ne devrait pas payer pour des services de base comme une consultation chez son médecin de famille, chez un spécialiste ou un séjour d'une nuit à l'hôpital. On croit que cela découragerait les personnes moins nanties de demander les soins dont elles ont besoin. Même avec l'assurance que les frais seraient plafonnés et que les malades à faible revenu auraient des subventions, la résistance restait vive. Que les frais soient plafonnés a amené certains participants à considérer que, de toutes façons, cela ne générerait que peu de revenu, alors pourquoi se donner cette peine ? Ces mêmes

personnes précisaient que les frais d'administration d'un tel système dévoreraient la majorité des revenus.

« Je suis venu ici avec l'idée que les frais modérateurs sont quelque chose de terrible. Je suppose qu'en voyant comment la Suède et d'autres pays l'utilisent lorsqu'il y a un plafonnement et que ça ne nuit pas aux malades chroniques, je peux comprendre que ce serait utile dans notre système. » [Halifax, jour 1]

« Certaines recherches ont montré que les gens qui ont les revenus les plus faibles ont la plus mauvaise santé. Si l'on fait payer ces gens-là, ça les appauvrit encore, leur état de santé empirera et ils ne pourront pas obtenir les services dont ils ont besoin. Donc, la participation aux coûts ne marchera pas, à moins qu'on trouve un équilibre rigoureux entre qui paie et à quel niveau de revenu on devrait être avant de payer. » [Halifax, jour 2]

« On est contre la participation aux coûts, surtout pour les handicapés mentaux. » [Québec]

« Si les frais modérateurs sont à 5 $, va-t-on dépenser 3,85 $ pour faire passer ces 5 $ dans le système ? Je ne crois pas que ça puisse marcher. » [Vancouver]

« Mon point de vue a changé un peu, dans le cadre du quatrième scénario, que pour la deuxième opinion, la possibilité d'avoir payé pour l'opinion, mais pourquoi pas ? » [Bathurst]

L'argument le plus séduisant pour la participation aux coûts est que cela découragera la mauvaise utilisation ou l'abus des services de santé. Une fois que les participants sont arrivés à la conclusion que les cartes à puce sont un bon moyen de vérifier l'utilisation et les abus, ils se sont désintéressés de la participation aux coûts.

À la fin, on a gardé la possibilité de frais modérateurs pour certains services seulement (par exemple, un autre avis donné par un médecin non affilié au système d'inscription).

Impôts versés dans la santé

Les participants ont ensuite parlé du financement public. Ils espéraient d'abord qu'on utiliserait les transferts de fonds d'autres programmes gouvernementaux pour ajouter des ressources au système de santé.

« On doit faire des choix importants et certains sacrifices. C'est malheureux qu'on veuille toujours plus, mais je veux bien faire le sacrifice. Si je dois payer plus, eh bien ! je le ferai. Je préférerais ne pas avoir d'augmentation d'impôts, je préférerais que des fonds soient réaffectés… ça ne me gêne pas que nos Casques bleus soient habillés de vert quand ils devraient porter du brun… Je crois simplement qu'il y a des choses moins importantes que la santé et je suis tout à fait pour qu'on réaffecte ces fonds aux services de santé. » [Vancouver]

« Mon point de vue a changé… En écoutant les autres, je comprends qu'il existe des méthodes de réaffectation, qu'on prenne l'argent de l'armée ou de la bureaucratie. Il est très clair que ce ne sera pas pris de l'éducation. Au contraire d'en prendre, on va en ajouter, comme pour la médecine préventive. » [Vancouver]

« Je me suis aperçu que le partage des coûts est important entre les citoyens et les gouvernements, puis, il y a plusieurs solutions qu'on peut apporter. Mais une solution que je ne veux pas qu'on apporte, c'est qu'on coupe dans l'éducation. Je trouve ça important de responsabiliser tous les citoyens afin de diminuer nos coûts. » [Montréal, jour 2]

Quand on leur a demandé dans quelles dépenses on devrait couper pour financer la santé, cet espoir s'est envolé, car ils éliminaient les secteurs un par un, et plus particulièrement les programmes sociaux et l'éducation. Lorsque les facilitateurs ont fait remarquer que ces deux secteurs comprenaient les dépenses les plus lourdes pour les provinces, juste après la santé, on a cherché d'autres solutions. De nombreux programmes provinciaux et fédéraux ont été proposés, mais aucun n'a fait l'unanimité quant à sa suppression. Tout le monde s'est accordé pour dire que les procédures bureaucratiques – le gaspillage et la paperasserie – entre les divers ministères doivent être éliminées. On a également compris que ce n'est pas cela seulement qui permettrait de rapporter les fonds nécessaires.

« Même en tant qu'étudiant fauché, je serais prêt à payer plus d'impôts. Et je n'ai jamais dit ça de ma vie. » [Calgary]

« Je pense qu'on croit, et cela vient surtout des médias, qu'on se moque bien du système de santé public. Cela fait du bien de constater que ce n'est probablement pas le cas. » [Calgary]

« Ce que j'ai compris aujourd'hui, et c'est le plus important, c'est que les gens sont prêts à payer plus d'impôts pour le système de santé, et ça m'a surpris. » [Ottawa]

« Oui, je serais prêt à fournir un petit peu plus, mais à la condition que je sache présentement que l'argent de mes impôts et taxes que je donne, savoir où c'est dépensé et si c'est dépensé à bon escient. Sachant ça, peut-être que je serais capable de donner plus. » [Québec]

personnes précisaient que les frais d'administration d'un tel système dévoreraient la majorité des revenus.

> *« Je suis venu ici avec l'idée que les frais modérateurs sont quelque chose de terrible. Je suppose qu'en voyant comment la Suède et d'autres pays l'utilisent lorsqu'il y a un plafonnement et que ça ne nuit pas aux malades chroniques, je peux comprendre que ce serait utile dans notre système. » [Halifax, jour 1]*
>
> *« Certaines recherches ont montré que les gens qui ont les revenus les plus faibles ont la plus mauvaise santé. Si l'on fait payer ces gens-là, ça les appauvrit encore, leur état de santé empirera et ils ne pourront pas obtenir les services dont ils ont besoin. Donc, la participation aux coûts ne marchera pas, à moins qu'on trouve un équilibre rigoureux entre qui paie et à quel niveau de revenu on devrait être avant de payer. » [Halifax, jour 2]*
>
> *« On est contre la participation aux coûts, surtout pour les handicapés mentaux. » [Québec]*
>
> *« Si les frais modérateurs sont à 5 $, va-t-on dépenser 3,85 $ pour faire passer ces 5 $ dans le système ? Je ne crois pas que ça puisse marcher. » [Vancouver]*
>
> *« Mon point de vue a changé un peu, dans le cadre du quatrième scénario, que pour la deuxième opinion, la possibilité d'avoir payé pour l'opinion, n ais pourquoi pas ? » [Bathurst]*

L'argument le plus séduisant pour la participation aux coûts est que cela découragera la mauvaise utilisation ou l'abus des services de santé. Une fois que les participants sont arrivés à la conclusion que les cartes à puce sont un bon moyen de vérifier l'utilisation et les abus, ils se sont désintéressés de la participation aux coûts.

À la fin, on a gardé la possibilité de frais modérateurs pour certains services seulement (par exemple, un autre avis donné par un médecin non affilié au système d'inscription).

Impôts versés dans la santé

Les participants ont ensuite parlé du financement public. Ils espéraient d'abord qu'on utiliserait les transferts de fonds d'autres programmes gouvernementaux pour ajouter des ressources au système de santé.

« On doit faire des choix importants et certains sacrifices. C'est malheureux qu'on veuille toujours plus, mais je veux bien faire le sacrifice. Si je dois payer plus, eh bien ! je le ferai. Je préférerais ne pas avoir d'augmentation d'impôts, je préférerais que des fonds soient réaffectés... ça ne me gêne pas que nos Casques bleus soient habillés de vert quand ils devraient porter du brun... Je crois simplement qu'il y a des choses moins importantes que la santé et je suis tout à fait pour qu'on réaffecte ces fonds aux services de santé. » [Vancouver]

« Mon point de vue a changé... En écoutant les autres, je comprends qu'il existe des méthodes de réaffectation, qu'on prenne l'argent de l'armée ou de la bureaucratie. Il est très clair que ce ne sera pas pris de l'éducation. Au contraire d'en prendre, on va en ajouter, comme pour la médecine préventive. » [Vancouver]

« Je me suis aperçu que le partage des coûts est important entre les citoyens et les gouvernements, puis, il y a plusieurs solutions qu'on peut apporter. Mais une solution que je ne veux pas qu'on apporte, c'est qu'on coupe dans l'éducation. Je trouve ça important de responsabiliser tous les citoyens afin de diminuer nos coûts. » [Montréal, jour 2]

Quand on leur a demandé dans quelles dépenses on devrait couper pour financer la santé, cet espoir s'est envolé, car ils éliminaient les secteurs un par un, et plus particulièrement les programmes sociaux et l'éducation. Lorsque les facilitateurs ont fait remarquer que ces deux secteurs comprenaient les dépenses les plus lourdes pour les provinces, juste après la santé, on a cherché d'autres solutions. De nombreux programmes provinciaux et fédéraux ont été proposés, mais aucun n'a fait l'unanimité quant à sa suppression. Tout le monde s'est accordé pour dire que les procédures bureaucratiques – le gaspillage et la paperasserie – entre les divers ministères doivent être éliminées. On a également compris que ce n'est pas cela seulement qui permettrait de rapporter les fonds nécessaires.

« Même en tant qu'étudiant fauché, je serais prêt à payer plus d'impôts. Et je n'ai jamais dit ça de ma vie. » [Calgary]

« Je pense qu'on croit, et cela vient surtout des médias, qu'on se moque bien du système de santé public. Cela fait du bien de constater que ce n'est probablement pas le cas. » [Calgary]

« Ce que j'ai compris aujourd'hui, et c'est le plus important, c'est que les gens sont prêts à payer plus d'impôts pour le système de santé, et ça m'a surpris. » [Ottawa]

« Oui, je serais prêt à fournir un petit peu plus, mais à la condition que je sache présentement que l'argent de mes impôts et taxes que je donne, savoir où c'est dépensé et si c'est dépensé à bon escient. Sachant ça, peut-être que je serais capable de donner plus. » [Québec]

« J'ai eu l'impression que la plupart de ceux qui ont présenté des scénarios favorisaient davantage une réorganisation des ressources actuelles, plutôt qu'une augmentation des ressources actuelles. » [Montréal, jour 2]

« On a dit après, quand ce sera bien organisé, que les coûts auront baissé et que ce sera bien géré, à ce moment-là, on pourra parler de coûts supplémentaires. Mais pour le moment, il y a trop de pertes. » [Montréal, jour 2]

Une autre forme de « réaffectation » faisait parfois surface. Beaucoup aimeraient que le gouvernement fédéral participe davantage financièrement à la santé, et ils voyaient le surplus actuel comme une source logique. Toutefois, dans toutes les séances, on a admis que tôt ou tard, il faudrait davantage d'argent pour que le système soit viable. Il ne restait plus que l'augmentation des impôts comme solution.

En même temps, les gens ont posé des conditions très strictes pour leur soutien à une augmentation d'impôts. Ils ont insisté qu'ils voulaient que les usagers, les prestateurs, les gouvernements et tous les intervenants du système de santé assument leurs responsabilités. Néanmoins, à la fin de la journée, les gens ont conclu que les impôts faisaient logiquement partie de la notion de solidarité – le système de santé est un bien public qui doit être financé par les deniers publics.

Responsabilisation et transparence accrues

Dans tout le pays, les attaques contre la gestion des systèmes de santé canadiens étaient soutenues et cuisantes – que ce soit de la base des soins primaires aux instances politiques les plus élevées au Canada. Le message est : « on dépense déjà 100 milliards de dollars; il faut qu'on s'organise. »

« On doit et on peut faire mieux avec ce qu'on a déjà. Tout le monde était d'accord que la gestion est le principal défi pour le système de santé – il faut faire un grand ménage avant de faire autre chose. » [Québec]

Si les gens paient encore plus d'impôts, ils veulent que tous les intervenants du système assument leurs responsabilités plus rigoureusement.

Prestateurs

La plupart des participants ont dit avoir une bonne relation avec leur médecin, avec qui ils ont d'ailleurs déjà discuté du système de santé. Ils ont mentionné le point de vue de leur médecin. Souvent également, ils ont exprimé leur compassion par rapport à ses difficultés et à celles d'autres personnes à faire fonctionner leur cabinet dans le système actuel.

Par contre, leur confiance dans leur médecin ne les a pas empêchés de critiquer les médecins en général et les autres prestateurs, insistant que les prestateurs aussi devaient assumer leurs responsabilités plus pleinement.

Tandis qu'ils travaillaient sur les choix et les compromis, les participants s'interrogeaient sur les incitations du régime actuel de rémunération des services. Ils ont cité des cas où le médecin donne des rendez-vous de suivi trop souvent ou trop tôt, ainsi que des rapports de médias de fraudes dans la facturation.

> *« Pourquoi payer davantage d'impôts quand il y a de la fraude [dans la facturation] ? » [Toronto]*

Ils ont conclu que l'un des éléments de réforme des soins primaires consistait à examiner d'autres méthodes de rémunération afin de rompre le lien entre les revenus du médecin et le nombre de consultations. Tout en sachant qu'actuellement les médecins doivent rendre compte à leurs homologues, les participants ont néanmoins demandé que l'on rende compte publiquement de l'utilisation qui est faite des ressources publiques.

Bien qu'ils comprennent que les praticiens indépendants préfèrent prendre leurs décisions à partir de leur diagnostic, les participants déplorent que chacun fasse sa propre évaluation, garde ses dossiers et ordonne une autre série de diagnostics : cela double le travail. Grâce aux équipes pluridisciplinaires, on s'attend à ce que les professionnels échangent, critiquent et utilisent leurs diagnostics. Quant aux avantages de l'adoption des cartes à puce, on s'attend à ce que les médecins acceptent d'échanger les données et l'information.

Les participants blâment les médecins qui quittent le pays sans « rembourser » l'investissement public de leur formation. Ils proposent que, le cas échéant, on demande au médecin de rembourser au gouvernement une partie de ses frais d'études.

On se méfie également de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la profession médicale. Les médecins sont soupçonnés de se rendre aux pressions qu'exercent les sociétés pharmaceutiques pour qu'ils prescrivent les derniers médicaments (les plus chers aussi) alors que leurs avantages pourraient bien n'être que très modestes par rapport aux anciens médicaments (moins chers). On demande une plus grande transparence à cet égard.

> ***« J'ai eu l'impression que la plupart de ceux qui ont présenté des scénarios favorisaient davantage une réorganisation des ressources actuelles, plutôt qu'une augmentation des ressources actuelles. » [Montréal, jour 2]***
>
> ***« On a dit après, quand ce sera bien organisé, que les coûts auront baissé et que ce sera bien géré, à ce moment-là, on pourra parler de coûts supplémentaires. Mais pour le moment, il y a trop de pertes. » [Montréal, jour 2]***

Une autre forme de « réaffectation » faisait parfois surface. Beaucoup aimeraient que le gouvernement fédéral participe davantage financièrement à la santé, et ils voyaient le surplus actuel comme une source logique. Toutefois, dans toutes les séances, on a admis que tôt ou tard, il faudrait davantage d'argent pour que le système soit viable. Il ne restait plus que l'augmentation des impôts comme solution.

En même temps, les gens ont posé des conditions très strictes pour leur soutien à une augmentation d'impôts. Ils ont insisté qu'ils voulaient que les usagers, les prestateurs, les gouvernements et tous les intervenants du système de santé assument leurs responsabilités. Néanmoins, à la fin de la journée, les gens ont conclu que les impôts faisaient logiquement partie de la notion de solidarité – le système de santé est un bien public qui doit être financé par les deniers publics.

Responsabilisation et transparence accrues

Dans tout le pays, les attaques contre la gestion des systèmes de santé canadiens étaient soutenues et cuisantes – que ce soit de la base des soins primaires aux instances politiques les plus élevées au Canada. Le message est : « on dépense déjà 100 milliards de dollars; il faut qu'on s'organise. »

> ***« On doit et on peut faire mieux avec ce qu'on a déjà. Tout le monde était d'accord que la gestion est le principal défi pour le système de santé – il faut faire un grand ménage avant de faire autre chose. » [Québec]***

Si les gens paient encore plus d'impôts, ils veulent que tous les intervenants du système assument leurs responsabilités plus rigoureusement.

Prestateurs

La plupart des participants ont dit avoir une bonne relation avec leur médecin, avec qui ils ont d'ailleurs déjà discuté du système de santé. Ils ont mentionné le point de vue de leur médecin. Souvent également, ils ont exprimé leur compassion par rapport à ses difficultés et à celles d'autres personnes à faire fonctionner leur cabinet dans le système actuel.

Par contre, leur confiance dans leur médecin ne les a pas empêchés de critiquer les médecins en général et les autres prestateurs, insistant que les prestateurs aussi devaient assumer leurs responsabilités plus pleinement.

Tandis qu'ils travaillaient sur les choix et les compromis, les participants s'interrogeaient sur les incitations du régime actuel de rémunération des services. Ils ont cité des cas où le médecin donne des rendez-vous de suivi trop souvent ou trop tôt, ainsi que des rapports de médias de fraudes dans la facturation.

> *« Pourquoi payer davantage d'impôts quand il y a de la fraude [dans la facturation] ? » [Toronto]*

Ils ont conclu que l'un des éléments de réforme des soins primaires consistait à examiner d'autres méthodes de rémunération afin de rompre le lien entre les revenus du médecin et le nombre de consultations. Tout en sachant qu'actuellement les médecins doivent rendre compte à leurs homologues, les participants ont néanmoins demandé que l'on rende compte publiquement de l'utilisation qui est faite des ressources publiques.

Bien qu'ils comprennent que les praticiens indépendants préfèrent prendre leurs décisions à partir de leur diagnostic, les participants déplorent que chacun fasse sa propre évaluation, garde ses dossiers et ordonne une autre série de diagnostics : cela double le travail. Grâce aux équipes pluridisciplinaires, on s'attend à ce que les professionnels échangent, critiquent et utilisent leurs diagnostics. Quant aux avantages de l'adoption des cartes à puce, on s'attend à ce que les médecins acceptent d'échanger les données et l'information.

Les participants blâment les médecins qui quittent le pays sans « rembourser » l'investissement public de leur formation. Ils proposent que, le cas échéant, on demande au médecin de rembourser au gouvernement une partie de ses frais d'études.

On se méfie également de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la profession médicale. Les médecins sont soupçonnés de se rendre aux pressions qu'exercent les sociétés pharmaceutiques pour qu'ils prescrivent les derniers médicaments (les plus chers aussi) alors que leurs avantages pourraient bien n'être que très modestes par rapport aux anciens médicaments (moins chers). On demande une plus grande transparence à cet égard.

Sociétés pharmaceutiques

Les participants sont très conscients des avantages que les médicaments délivrés sur ordonnance représentent pour leur santé et le régime de soins, mais ils se demandent dans quelle mesure leurs coûts affectent la viabilité financière du système de santé et le portefeuille des particuliers et des familles à faible revenu. Les médicaments deviennent de plus en plus chers et ils monopolisent des fonds qui pourraient être consacrés à d'autres priorités. Les participants se sont dits prêts à modifier leurs attentes pour que les prix soient abordables, et ils acceptent les médicaments génériques. Comme pour la technologie médicale avancée en général, ils veulent la preuve de l'avantage par rapport aux médicaments existants. Ils souhaitent que tout le monde assume clairement ses responsabilités dans ce domaine.

Les participants se sont montrés sévères à propos de la législation canadienne sur les brevets couvrant les médicaments de marque qui retarde l'accès à leur équivalent générique. Ils reconnaissent que les coûts de recherche et développement sont élevés, mais ils soupçonnent cette activité de ne pas trop se produire au Canada. Ils souhaitent que les sociétés pharmaceutiques fassent connaître de façon plus transparente le type et l'étendue de leurs activités de recherche et développement au Canada.

Le processus par lequel de nouveaux produits sont acceptés dans les systèmes de couverture publique et par lequel les prix sont fixés est opaque. C'est pourquoi les participants ont mis en question les dispositions des accords commerciaux qui exigent la protection de la marque aux dépens du régime de soins de santé national et en définitive du citoyen. Ce phénomène a fait qu'ils soutiennent davantage d'interventions gouvernementales pour faire contrepoids au pouvoir de l'industrie, et davantage de transparence dans la façon dont ces décisions sont prises.

> ***« La responsabilité des entreprises ne devrait pas s'arrêter au fait de maintenir un milieu de travail sain. Je pense que les sociétés pharmaceutiques devraient rendre une partie de l'argent qu'elles gagnent au système de santé. » [Thunder Bay]***
>
> ***« On doit étudier la question des médicaments délivrés sur ordonnance au niveau de la responsabilité des sociétés pharmaceutiques – le rôle qu'elles jouent dans l'élaboration des lois sur les brevets concernant les médicaments. Elles en sont bénéficiaires. Aussi, je crois que le gouvernement fédéral doit être impliqué à ce niveau-là également. » [Toronto]***
>
> ***« Si une société pharmaceutique présente un nouveau médicament dont l'efficacité est 5 % supérieure, mais il coûte trois fois plus cher, le public a sans doute envie de le savoir. Si les gens savaient cela, il se pourrait que cela ait un effet sur les choix qu'ils font. C'est un changement d'attitude. Je pense que les patients peuvent être responsabilisés. Ai-je vraiment besoin du médicament le plus cher, de l'appareil le plus onéreux ? » [Ottawa]***

Les participants s'accordent aussi pour soutenir les thérapies qui ne sont pas pharmaceutiques, en partie pour contrer les pratiques commerciales des sociétés pharmaceutiques qui font valoir l'idée que les médicaments sont la solution la plus sûre à tout problème de santé. On argumente par exemple qu'un régime peut autant maîtriser, sinon mieux, certains troubles de santé que des médicaments, et que les soins palliatifs sont souvent un choix plus compatissant qu'un acharnement thérapeutique lorsque le malade est en phase terminale.

Des industries qui mettent la santé en danger

Certains ont tenu des propos très virulents sur les industries qui ont des effets négatifs prouvés sur la santé de la collectivité. Ils estiment qu'elles devraient être poursuivies et condamnées à de sévères amendes qui seraient versées aux services de santé. Les pollueurs sont souvent cités comme exemples. D'autres ajoutent que des industries dont les produits ou les services mettent la santé en danger devraient être plus imposées que la moyenne. Mais certains indiquent que lever des impôts plus élevés sur les sociétés ne ferait que transmettre le mal aux consommateurs, et ils estiment que les entreprises participent déjà beaucoup à l'économie par l'emploi et une couverture sociale étendue. Toutefois, le sentiment général est que les industries qui font des bénéfices en augmentant les troubles de santé devraient être tenues pour responsables.

> *« La majorité des gens ne comprennent pas que la nature de la maladie a changé. Il s'agit maintenant de dégénération, contrairement aux maladies infectieuses d'il y a un siècle. Nous devons nous préoccuper de cela. C'est parce que nous empoisonnons délibérément notre environnement et nos ressources vivrières. Si nous ne nous occupons pas de cela, il ne sert pas à grand chose de continuer à verser des sommes faramineuses dans les médicaments et les traitements que nous avons à l'heure actuelle. » [Halifax, jour 1]*
>
> *« On s'attend à ce que les gens travaillent deux fois plus qu'avant... surtout ici à Ottawa en haute technologie. On est censé travailler toute la semaine et aussi toute la fin de semaine. Les gens sont épuisés, ils tombent malades. Il faudrait peut-être que les entreprises en soient tenues responsables. » [Ottawa]*
>
> *« Imposez davantage le tabac, l'alcool, et les entreprises qui font du tort. Même les compagnies d'automobiles qui augmentent la pollution, nuisent à la qualité de notre vie et, en définitive, à notre santé. » [Vancouver]*

Médias

Les participants semblaient surpris qu'il n'y ait pas eu plus de conflits pendant la séance. Beaucoup étaient soulagés de constater que nombre de leurs collègues exprimaient les mêmes valeurs qu'eux. Ils pensaient, d'après les rapports des médias, que les opinions

Sociétés pharmaceutiques

Les participants sont très conscients des avantages que les médicaments délivrés sur ordonnance représentent pour leur santé et le régime de soins, mais ils se demandent dans quelle mesure leurs coûts affectent la viabilité financière du système de santé et le portefeuille des particuliers et des familles à faible revenu. Les médicaments deviennent de plus en plus chers et ils monopolisent des fonds qui pourraient être consacrés à d'autres priorités. Les participants se sont dits prêts à modifier leurs attentes pour que les prix soient abordables, et ils acceptent les médicaments génériques. Comme pour la technologie médicale avancée en général, ils veulent la preuve de l'avantage par rapport aux médicaments existants. Ils souhaitent que tout le monde assume clairement ses responsabilités dans ce domaine.

Les participants se sont montrés sévères à propos de la législation canadienne sur les brevets couvrant les médicaments de marque qui retarde l'accès à leur équivalent générique. Ils reconnaissent que les coûts de recherche et développement sont élevés, mais ils soupçonnent cette activité de ne pas trop se produire au Canada. Ils souhaitent que les sociétés pharmaceutiques fassent connaître de façon plus transparente le type et l'étendue de leurs activités de recherche et développement au Canada.

Le processus par lequel de nouveaux produits sont acceptés dans les systèmes de couverture publique et par lequel les prix sont fixés est opaque. C'est pourquoi les participants ont mis en question les dispositions des accords commerciaux qui exigent la protection de la marque aux dépens du régime de soins de santé national et en définitive du citoyen. Ce phénomène a fait qu'ils soutiennent davantage d'interventions gouvernementales pour faire contrepoids au pouvoir de l'industrie, et davantage de transparence dans la façon dont ces décisions sont prises.

« La responsabilité des entreprises ne devrait pas s'arrêter au fait de maintenir un milieu de travail sain. Je pense que les sociétés pharmaceutiques devraient rendre une partie de l'argent qu'elles gagnent au système de santé. » [Thunder Bay]

« On doit étudier la question des médicaments délivrés sur ordonnance au niveau de la responsabilité des sociétés pharmaceutiques – le rôle qu'elles jouent dans l'élaboration des lois sur les brevets concernant les médicaments. Elles en sont bénéficiaires. Aussi, je crois que le gouvernement fédéral doit être impliqué à ce niveau-là également. » [Toronto]

« Si une société pharmaceutique présente un nouveau médicament dont l'efficacité est 5 % supérieure, mais il coûte trois fois plus cher, le public a sans doute envie de le savoir. Si les gens savaient cela, il se pourrait que cela ait un effet sur les choix qu'ils font. C'est un changement d'attitude. Je pense que les patients peuvent être responsabilisés. Ai-je vraiment besoin du médicament le plus cher, de l'appareil le plus onéreux ? » [Ottawa]

Les participants s'accordent aussi pour soutenir les thérapies qui ne sont pas pharmaceutiques, en partie pour contrer les pratiques commerciales des sociétés pharmaceutiques qui font valoir l'idée que les médicaments sont la solution la plus sûre à tout problème de santé. On argumente par exemple qu'un régime peut autant maîtriser, sinon mieux, certains troubles de santé que des médicaments, et que les soins palliatifs sont souvent un choix plus compatissant qu'un acharnement thérapeutique lorsque le malade est en phase terminale.

Des industries qui mettent la santé en danger

Certains ont tenu des propos très virulents sur les industries qui ont des effets négatifs prouvés sur la santé de la collectivité. Ils estiment qu'elles devraient être poursuivies et condamnées à de sévères amendes qui seraient versées aux services de santé. Les pollueurs sont souvent cités comme exemples. D'autres ajoutent que des industries dont les produits ou les services mettent la santé en danger devraient être plus imposées que la moyenne. Mais certains indiquent que lever des impôts plus élevés sur les sociétés ne ferait que transmettre le mal aux consommateurs, et ils estiment que les entreprises participent déjà beaucoup à l'économie par l'emploi et une couverture sociale étendue. Toutefois, le sentiment général est que les industries qui font des bénéfices en augmentant les troubles de santé devraient être tenues pour responsables.

« La majorité des gens ne comprennent pas que la nature de la maladie a changé. Il s'agit maintenant de dégénération, contrairement aux maladies infectieuses d'il y a un siècle. Nous devons nous préoccuper de cela. C'est parce que nous empoisonnons délibérément notre environnement et nos ressources vivrières. Si nous ne nous occupons pas de cela, il ne sert pas à grand chose de continuer à verser des sommes faramineuses dans les médicaments et les traitements que nous avons à l'heure actuelle. » [Halifax, jour 1]

« On s'attend à ce que les gens travaillent deux fois plus qu'avant... surtout ici à Ottawa en haute technologie. On est censé travailler toute la semaine et aussi toute la fin de semaine. Les gens sont épuisés, ils tombent malades. Il faudrait peut-être que les entreprises en soient tenues responsables. » [Ottawa]

« Imposez davantage le tabac, l'alcool, et les entreprises qui font du tort. Même les compagnies d'automobiles qui augmentent la pollution, nuisent à la qualité de notre vie et, en définitive, à notre santé. » [Vancouver]

Médias

Les participants semblaient surpris qu'il n'y ait pas eu plus de conflits pendant la séance. Beaucoup étaient soulagés de constater que nombre de leurs collègues exprimaient les mêmes valeurs qu'eux. Ils pensaient, d'après les rapports des médias, que les opinions

étaient bien plus polarisées qu'elles ne l'étaient en réalité. Au lieu de cela, ils ont constaté qu'ils étaient d'accord sur environ 80 % des questions. Ainsi, discuter des 20 % restants était bien plus facile. L'image qu'ils avaient reçue des médias se concentrait sur les 20 % de divergences de vues. Cela amplifiait la différence dans la mesure où l'on cherchait les porte-parole les plus engagés et intransigeants pour les points de vue différents. Ils ont indiqué que les médias devraient être plus responsables et faire état de points de vue équilibrés entre la façon dont le système de santé fonctionne et ce que les gens disent.

Administrations locales

On remarque des rivalités entre les hôpitaux, les centres de santé et les municipalités. Cela entraîne le chevauchement des services et un fonctionnement inopérant. Malgré la restructuration des soins de santé et tout ce qu'on a dit sur la réforme des années 90, la plupart des participants n'ont pas vu d'amélioration notoire dans leur interaction quotidienne avec le système. Ils croient que les délais d'attente augmentent pour tous les types de rendez-vous, que ce soit pour des soins, des consultations, des diagnostics ou des traitements, surtout en chirurgie.

On veut que les administrations locales en matière de santé rendent compte de la façon dont leur travail améliore le système. On parle de rendement local et à l'échelle de tout le système qu'on pourrait évaluer par rapport à des objectifs préétablis ou des repères. Les évaluations permanentes devraient inclure des comparaisons avec d'autres établissements et dans d'autres régions. On souhaite que les représentants locaux précisent comment les diverses décisions sont prises – qui y prend part et quels renseignements on utilise.

On se montre prudent, même vague, quant au degré de contrôle qui devrait être exercé au niveau local. Les points de vue à ce sujet varient, de même que les diverses situations actuelles dans tout le pays. Beaucoup jugent qu'il faudrait davantage de centralisation pour augmenter la responsabilité – moins de niveaux et d'acteurs. D'autres ripostent que certaines décisions importantes concernant l'infrastructure devraient être prises par la province, mais ils insistent que les établissements locaux et régionaux, plus proches de leurs usagers, devraient être responsables et rendre compte de la façon dont une partie des ressources globales est allouée à la satisfaction des besoins locaux. La plupart sont d'accord qu'il faut clarifier les responsabilités et réduire les chevauchements. On veut savoir qui est responsable de quoi et quel genre de travail est fait.

Conversation sur la responsabilisation à Vancouver

« Donnez-nous un thermomètre avec lequel nous pouvons prendre la température [du système de santé], tous les ans. Nous voulons savoir. »

« Créez des mesures de rendement pour les prestateurs de soins que nous n'utilisons pas à l'heure actuelle. On peut avoir des mesures nationales, des mesures régionales, des mesures locales... mais on doit d'abord déterminer à quel type de système on a affaire avant de le tenir pour responsable. Il faut avoir des objectifs mesurables. »

« Je ne suis pas pour le contrôle et l'évaluation du système si c'est seulement pour évaluer où on est rendu. Si on utilise l'information pour améliorer le système, alors, je suis d'accord. Mais s'il s'agit d'une évaluation pour le plaisir de faire une évaluation, on retombe dans les problèmes de superfluité et de frais... je veux que l'information serve à améliorer le système. »

Gouvernements et décideurs

Notre projet de dialogue n'était pas censé porter sur les relations et les responsabilités fédérales et provinciales. Pourtant, partout au Canada, les participants ont éventé leur frustration, voire leur indignation par rapport aux querelles permanentes entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Ils trouvent que la répartition des compétences rend les choses déroutantes et peu claires, il leur est impossible de savoir qui est responsable de quoi. Ils estiment que les querelles politiques retardent des décisions nécessaires et hâtent la détérioration de la qualité du service. Ils croient que les politiciens se préoccupent trop de leur image de marque et ont perdu de vue les besoins des citoyens. Beaucoup se sont plaints des divers niveaux de bureaucratie – fédéral, provincial, régional et local, chacun ayant sa propre administration, créant des chevauchements et gaspillant les ressources.

« Ce qui manque, à mon sens, c'est un leadership, un architecte. Est-ce que nous avons un architecte ou une bande de mécaniciens qui travaillent sur différentes parties d'une espèce de moteur ? » [Montréal, jour 1]

« Le cynisme du public vient du manque de responsabilisation. » [Toronto]

« Le message que je veux transmettre aux gouvernements fédéral et provinciaux, c'est... Je suis fatigué de la politique et de la rhétorique. Travailler ensemble au bien de tous. » [Calgary]

Bien qu'on ait tenté de ne pas parler de questions constitutionnelles, dans un certain nombre de séances, des minorités actives ont plaidé pour le transfert de la responsabilité des soins de santé des provinces au gouvernement fédéral. Il semble qu'il s'agissait surtout d'un désir de clarifier la gestion du système, d'avoir une seule autorité qu'ils

Conversation sur la responsabilisation à Vancouver

« Donnez-nous un thermomètre avec lequel nous pouvons prendre la température [du système de santé], tous les ans. Nous voulons savoir. »

« Créez des mesures de rendement pour les prestateurs de soins que nous n'utilisons pas à l'heure actuelle. On peut avoir des mesures nationales, des mesures régionales, des mesures locales... mais on doit d'abord déterminer à quel type de système on a affaire avant de le tenir pour responsable. Il faut avoir des objectifs mesurables. »

« Je ne suis pas pour le contrôle et l'évaluation du système si c'est seulement pour évaluer où on est rendu. Si on utilise l'information pour améliorer le système, alors, je suis d'accord. Mais s'il s'agit d'une évaluation pour le plaisir de faire une évaluation, on retombe dans les problèmes de superfluité et de frais... je veux que l'information serve à améliorer le système. »

Gouvernements et décideurs

Notre projet de dialogue n'était pas censé porter sur les relations et les responsabilités fédérales et provinciales. Pourtant, partout au Canada, les participants ont éventé leur frustration, voire leur indignation par rapport aux querelles permanentes entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Ils trouvent que la répartition des compétences rend les choses déroutantes et peu claires, il leur est impossible de savoir qui est responsable de quoi. Ils estiment que les querelles politiques retardent des décisions nécessaires et hâtent la détérioration de la qualité du service. Ils croient que les politiciens se préoccupent trop de leur image de marque et ont perdu de vue les besoins des citoyens. Beaucoup se sont plaints des divers niveaux de bureaucratie – fédéral, provincial, régional et local, chacun ayant sa propre administration, créant des chevauchements et gaspillant les ressources.

« Ce qui manque, à mon sens, c'est un leadership, un architecte. Est-ce que nous avons un architecte ou une bande de mécaniciens qui travaillent sur différentes parties d'une espèce de moteur ? » [Montréal, jour 1]

« Le cynisme du public vient du manque de responsabilisation. » [Toronto]

« Le message que je veux transmettre aux gouvernements fédéral et provinciaux, c'est... Je suis fatigué de la politique et de la rhétorique. Travailler ensemble au bien de tous. » [Calgary]

Bien qu'on ait tenté de ne pas parler de questions constitutionnelles, dans un certain nombre de séances, des minorités actives ont plaidé pour le transfert de la responsabilité des soins de santé des provinces au gouvernement fédéral. Il semble qu'il s'agissait surtout d'un désir de clarifier la gestion du système, d'avoir une seule autorité qu'ils

puissent tenir pour responsable. Dans d'autres régions, les participants ont demandé un organisme tiers indépendant au niveau national pour veiller au système de santé. Ce serait une façon de le dépolitiser.

Dans la plupart des conversations et indépendamment les unes des autres, il a été suggéré qu'un vérificateur général indépendant soit nommé pour la santé afin de faire rapport, impartialement, sur le fonctionnement du système de santé dans les diverses administrations, sur les façons dont il change et en quoi les contribuables profitent d'un bon rapport qualité-prix. Beaucoup de participants ont appelé à la nomination d'un ombudsman pour les usagers (au niveau national) qui ferait connaître l'expérience qu'ont les gens du système et qui défendrait publiquement leurs intérêts.

Au cours de nombreuses séances, les participants ont réclamé que le gouvernement fédéral paye une plus large part des coûts. Le gouvernement fédéral est perçu comme la source de financement et le gardien du système, s'assurant que la couverture et l'accès soient à peu près comparables dans tout le Canada.

> *« [On a] besoin de ressources humaines – augmentation de la part fédérale [à] 50 %, provinciale [à] 50 %. » [Bathurst]*
>
> *« Je ne comprends pas pourquoi ça doit être provincial ou fédéral. Pourquoi ne peut-on pas le réorganiser pour que ce soit l'un ou l'autre ? De cette façon, on n'a pas besoin de se tracasser, on sait que tout sera dépensé en soins de santé. Pourquoi est-ce que le gouvernement fédéral ne peut pas tout payer et que nos impôts servent à cela ? » [Halifax, jour 2]*
>
> *« Nous recommandons que le gouvernement fédéral investisse davantage. Si les fonctionnaires fédéraux cessent de payer une partie importante, ils auront moins droit à la parole pour ce qui a trait au fonctionnement du système. Nous recommandons que le plus grand investissement public sur lequel nous nous sommes accordés vienne du gouvernement fédéral. » [Thunder Bay]*
>
> *« Ce que nous entendons aujourd'hui bat en brèche les dires des premiers ministres provinciaux, que l'influence du gouvernement fédéral soit diminuée. Ce que je retiens des discussions aujourd'hui est que le gouvernement fédéral a un rôle plus important à jouer, et qu'il ferait bien de le jouer. » [Toronto]*

À la fin de la journée, après avoir étudié toutes ces questions, les participants de tout le Canada étaient clairs et remarquablement constants pour ce qui concerne l'amélioration qu'ils veulent que les gouvernements apportent à la gestion du système :

- *Accroître la transparence* – Les Canadiens veulent savoir où va l'argent. Ils veulent voir des rapports réguliers sur leur région et leur gouvernement explicitant la façon dont le système est utilisé et l'argent dépensé.

puissent tenir pour responsable. Dans d'autres régions, les participants ont demandé un organisme tiers indépendant au niveau national pour veiller au système de santé. Ce serait une façon de le dépolitiser.

Dans la plupart des conversations et indépendamment les unes des autres, il a été suggéré qu'un vérificateur général indépendant soit nommé pour la santé afin de faire rapport, impartialement, sur le fonctionnement du système de santé dans les diverses administrations, sur les façons dont il change et en quoi les contribuables profitent d'un bon rapport qualité-prix. Beaucoup de participants ont appelé à la nomination d'un ombudsman pour les usagers (au niveau national) qui ferait connaître l'expérience qu'ont les gens du système et qui défendrait publiquement leurs intérêts.

Au cours de nombreuses séances, les participants ont réclamé que le gouvernement fédéral paye une plus large part des coûts. Le gouvernement fédéral est perçu comme la source de financement et le gardien du système, s'assurant que la couverture et l'accès soient à peu près comparables dans tout le Canada.

> ***« [On a] besoin de ressources humaines – augmentation de la part fédérale [à] 50 %, provinciale [à] 50 %. » [Bathurst]***
>
> ***« Je ne comprends pas pourquoi ça doit être provincial ou fédéral. Pourquoi ne peut-on pas le réorganiser pour que ce soit l'un ou l'autre ? De cette façon, on n'a pas besoin de se tracasser, on sait que tout sera dépensé en soins de santé. Pourquoi est-ce que le gouvernement fédéral ne peut pas tout payer et que nos impôts servent à cela ? » [Halifax, jour 2]***
>
> ***« Nous recommandons que le gouvernement fédéral investisse davantage. Si les fonctionnaires fédéraux cessent de payer une partie importante, ils auront moins droit à la parole pour ce qui a trait au fonctionnement du système. Nous recommandons que le plus grand investissement public sur lequel nous nous sommes accordés vienne du gouvernement fédéral. » [Thunder Bay]***
>
> ***« Ce que nous entendons aujourd'hui bat en brèche les dires des premiers ministres provinciaux, que l'influence du gouvernement fédéral soit diminuée. Ce que je retiens des discussions aujourd'hui est que le gouvernement fédéral a un rôle plus important à jouer, et qu'il ferait bien de le jouer. » [Toronto]***

À la fin de la journée, après avoir étudié toutes ces questions, les participants de tout le Canada étaient clairs et remarquablement constants pour ce qui concerne l'amélioration qu'ils veulent que les gouvernements apportent à la gestion du système :

- *Accroître la transparence* – Les Canadiens veulent savoir où va l'argent. Ils veulent voir des rapports réguliers sur leur région et leur gouvernement explicitant la façon dont le système est utilisé et l'argent dépensé.

- *Affecter une partie des impôts aux soins de santé* – Pour favoriser davantage la transparence, les Canadiens veulent être sûrs que toute partie des impôts censée être utilisée pour les soins de santé le soit vraiment.

- *Nommer un vérificateur général pour la santé* – Les Canadiens veulent connaître le rapport qualité-prix, ils veulent savoir comment le rendement de leur administration évolue et ce qu'il est par rapport aux autres administrations. Ils croient que ces informations devraient venir d'un organisme indépendant, comme un vérificateur général pour la santé qui aurait une compétence globale sur le régime d'assurance-santé.

- *Augmenter l'efficacité et la coopération au sein des gouvernements et parmi eux* – Les Canadiens :

  - sont las des querelles « fédéral-provincial »; ils estiment que cela augmente les coûts et retarde les décisions sans pour cela améliorer les services qu'ils reçoivent; ils veulent savoir plus clairement qui est responsable de quoi pour pouvoir demander des comptes;

  - connaissent le lien entre les responsabilités sanitaires du gouvernement et ses autres responsabilités comme l'environnement, les programmes sociaux et le logement; ils veulent des stratégies communes interministérielles pour se pencher sur les facteurs déterminants de la santé;

  - exigent une plus grande efficacité en général; par exemple, ils croient que lorsque des établissements régionaux sont créés, la taille des ministères provinciaux devrait diminuer, et que les politiciens et les ministres ne devraient rien trouver à redire aux décisions prises au niveau régional ou local; globalement, ils souhaitent moins de chevauchements et un énoncé plus clair des responsabilités.

- *Nommer un ombudsman national* – D'aucuns aimeraient qu'on nomme un ombudsman national pour les usagers; celui-ci défendrait leurs intérêts.

Opinion des gens sur la réforme de la santé

Dans l'après-midi, un modèle logique a émergé. L'ordre variait d'une séance à l'autre, mais le résultat était à chaque fois le même, les participants disant :

- premièrement, assurer une plus grande efficacité grâce à des réformes qui correspondent aux valeurs relatives à l'accès, l'équité et l'efficacité; cela comprend les réformes en matière de soins primaires du quatrième scénario qui exigent des changements de comportement de la part des usagers, des prestateurs et des gouvernements; les gens sont prêts à s'inscrire auprès d'une équipe de professionnels pour au moins un an, à consulter une infirmière pour des soins courants, à utiliser davantage les nouvelles technologies et à opter pour une carte santé électronique;

- deuxièmement, introduire la responsabilisation; il faut clairement montrer où l'argent est dépensé et ce qui permet un meilleur rapport qualité-prix;

- troisièmement, augmenter le financement par la perception de plus d'impôts (premier scénario) plutôt que d'accepter des coupes dans l'éducation et les dépenses sociales;

- quatrièmement, dans certains cas, la participation aux coûts ou les frais modérateurs seraient de bonnes solutions (deuxième scénario), mais pas pour les services médicaux fondamentaux;

- cinquièmement, l'instauration d'un système privé en parallèle (troisième scénario) est inacceptable; cela drainerait de précieuses ressources du système public.

On pourrait résumer l'opinion des gens sur la réforme de la santé et le nouveau contrat de la manière suivante :

> *L'égalité d'accès et la couverture universelle ont beaucoup de valeur pour nous. Les soins de santé représentent une ressource publique, c'est-à-dire pour tous. Ainsi, nous participerons à la création d'un système de santé viable à trois conditions : une gestion et une prestation de services plus efficace, des soins de santé mieux coordonnés et privilégiant le malade ainsi qu'une plus grande transparence et une responsabilisation quant à la façon dont l'argent destiné aux soins de santé est dépensé.*
>
> *Ces engagements en bonne voie, nous sommes prêts à changer notre comportement pour promouvoir le bien-être, à faire certains sacrifices dans la manière dont nous utilisons le système et à payer davantage. Lorsqu'on dit payer davantage, on signifie payer plus d'impôts pour la partie destinée à la santé afin que les services fondamentaux soient financés par un plus grand investissement public. En dernière instance, nous accepterons la participation aux coûts ou les frais modérateurs, mais seulement pour un nombre limité de services supplémentaires. À tout prendre, nous ne sommes pas favorables à la création d'un système privé en parallèle.*

VI Confirmer les choix

Jugement final des quatre scénarios

Vers 16 h 30, au moment où les séances de dialogue s'achevaient, les participants ont rempli le même questionnaire qui leur avait été soumis au début de la journée.

Après avoir passé toute la journée à peser le pour et le contre pour tous les scénarios, à écouter les autres et à apprendre, beaucoup de participants ont changé leur jugement initial et ont reconnu l'importance et les avantages des autres approches qu'ils n'aimaient pas de prime abord. Dans le questionnaire postdialogue, on leur a demandé cette fois d'inscrire des conditions dans chaque cas afin que l'on puisse mieux définir leurs attentes.

Leurs réponses ont révélé qu'ils étaient beaucoup plus ouverts au changement qu'au début de la journée. En effet, les quatre scénarios ont été accueillis beaucoup plus favorablement, bien qu'à des degrés très différents. Cette hausse s'explique par le fait que les points de vue se sont fixés et découle d'au moins trois facteurs :

- premièrement, le nombre d'indécis a diminué;

- deuxièmement, le besoin de procéder à une réforme s'étant intensifié tout au long de la journée, l'appui au statu quo s'est affaibli. Ceci a eu pour effet d'augmenter l'appui aux quatre scénarios (même si l'augmentation pour chacun variait considérablement), car ils comportaient tous des éléments de réforme;

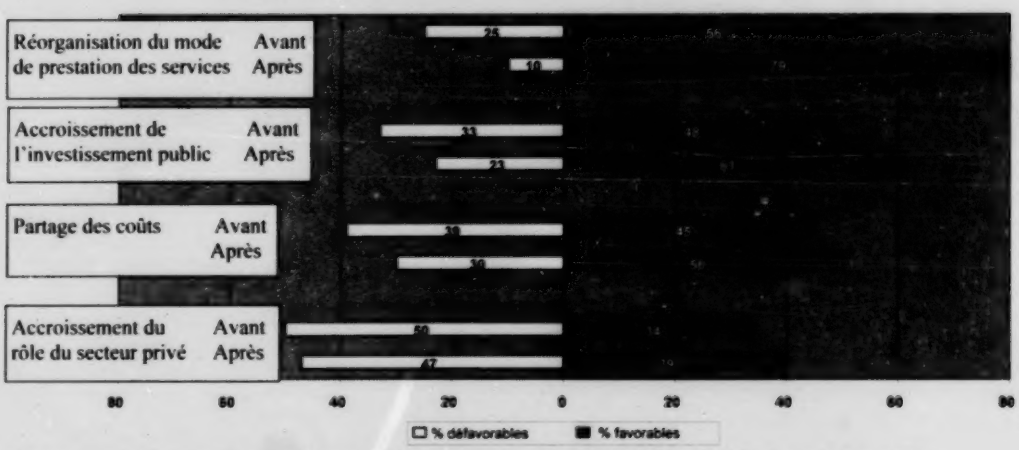
- troisièmement, on a demandé aux citoyens d'évaluer les quatre options, et non pas d'en choisir une seule. De ce fait, ils ont contribué à façonner une synthèse complexe en tenant compte d'éléments figurant dans trois des quatre scénarios.

La figure 7 révèle que les points de vue ont changé de façon importante au cours de la journée. Le plus impressionnant reste la hausse de 23 % en faveur de la *réorganisation du mode de prestation des services*, *et* la baisse de 15 % contre cette même proposition. Il est à noter que l'ordre de préférence n'a pas changé. La *réorganisation*, qui était le scénario le mieux accueilli au début de la journée (56 % en faveur), a gagné plusieurs points au cours de la journée pour atteindre un remarquable 79 %; l'opposition a chuté de 10 %. Tous les groupes, indépendamment du revenu ou de l'âge, y étaient favorables, mais les personnes âgées sont demeurées les plus enthousiastes.

Certaines des conditions énoncées par les participants à propos du quatrième scénario montrent bien la démarche qu'ils ont suivie. Ils veulent « mettre l'accent sur le mieux-être », « un concept intégré, global et accessible », « profiter de la technologie, comme la consultation électronique et les services de médecins en ligne », mais souhaitent également « que ça ne se bureaucratise pas trop », « qu'une seconde opinion puisse être obtenue moyennant certains frais » et « qu'il soit possible de choisir son réseau ».

Figure 7

Dialogue sur les soins de santé – Points de vue avant et après



Nota : Les citoyens ont utilisé une échelle de cotation de sept chiffres : 5 à 7, Favorables; 1 à 3, Défavorables; 4, Indécis.
Source : Dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada.

L'*accroissement de l'investissement public* est arrivé en deuxième rang en matinée (48 %) et en fin de journée (61 %). Le pourcentage de personnes en désaccord avec cette proposition est passé de 33 à 23. Au cours des dialogues, les jeunes et les personnes à revenus élevés ont massivement penché en sa faveur. Toutefois, ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus et ceux touchant un revenu allant de faible à moyen qui étaient les plus favorables.

Encore une fois, les conditions étaient prévisibles : « qu'on me garantisse que l'argent servira à la santé », « l'argent qui est déjà dans le système doit être dépensé plus intelligemment », « seulement après la réorganisation », « détenir l'entière responsabilité des économies ».

L'engouement pour le scénario lié à la participation aux coûts – *partage des coûts et des responsabilités* – est plus discret. L'appui en sa faveur a légèrement augmenté, passant de 45 % à 50 %. Le pourcentage de participants en opposition est passé de 39 à 30 %, mais il s'agit du seul cas où le nombre d'indécis a légèrement augmenté (20 % à la fin de la journée). Aucune différence importante n'a été constatée entre les groupes socio-économiques.

De toute évidence, ce scénario suscite une certaine ambivalence qui correspond bien toutefois aux éléments qui se sont dégagés du dialogue. La minorité qui s'opposait fortement aux frais modérateurs a clairement exprimé sa position : « je trouve que les frais modérateurs et que la privatisation sont inefficaces, élitistes et grotesques, et qu'ils n'auront pour effet que de détruire le système », « c'est de la privatisation déguisée : on favorise les bien nantis aux dépens des plus démunis ». Cinquante pour cent des citoyens qui verraient certains avantages dans l'imposition de frais modérateurs, au moins pour certains cas, ont toutefois mentionné quelques conditions : « mettre en place une

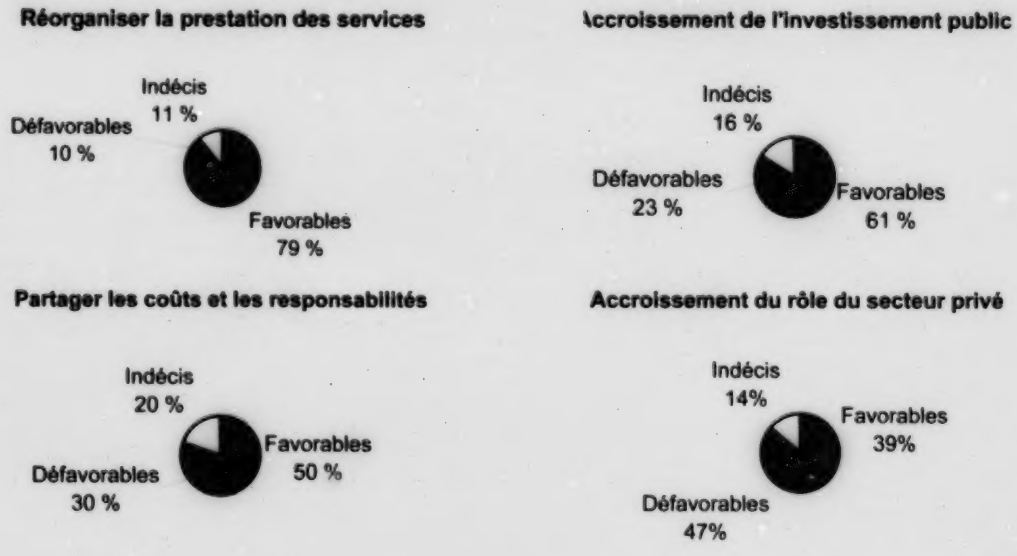
couverture de base pour tous les usagers, indépendamment de leur condition économique », « permettre l'accès aux plus démunis » et « mettre un terme aux abus ».

Finalement, le scénario visant l'*accroissement du recours au secteur privé* s'est classé bon dernier tout au long du dialogue; les opinions n'ont que très peu changé. Ce scénario est celui où les opinions ont le moins changé. Le pourcentage des citoyens favorables a augmenté de 5 %, passant de 34 à 39 %, tandis que celui en opposition a diminué de seulement 3 %. Les femmes et les personnes âgées de plus de 65 ans étaient les moins favorables, et les personnes à revenu allant de faible à moyen étaient moins favorables à la proposition que ceux à revenu plus élevé.

Les citoyens qui étaient d'abord attirés par le troisième scénario ont expliqué qu'ils l'ont finalement mis de côté, car ils croient qu'il aurait un impact négatif sur le système. Voici certains motifs qui sont ressortis des résultats du questionnaire postdialogue: « le système public doit être amélioré, pas détruit », « il ne faut pas que cela ait des conséquences négatives sur la prestation des services publics, et il faut éliminer toute possibilité de conflit d'intérêt ».

La figure 8 illustre le pourcentage de citoyens favorables, défavorables et indécis, par scénario. Ainsi, il est possible de les comparer directement avec les résultats du questionnaire prédialogue présentés à la figure 6 (chapitre IV).

Figure 8
Résultats du questionnaire postdialogue



Nota : Sur une échelle de cotation de sept chiffres : 5 à 7, Favorables; 4, Indécis; 1 à 3, Défavorables.
Source : Dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé.

Grosso modo, 489 citoyens formant un échantillon représentatif de la population canadienne ont tenté de résoudre les dilemmes entourant la question des soins de santé au Canada. Ils ont examiné diverses options, pesé dans chaque cas le pour et le contre, pris conscience des compromis à faire, et fondé leurs choix sur leurs valeurs fondamentales. L'équipe de projet est convaincue de la fiabilité des résultats, pour la simple et bonne raison qu'ils ont été confirmés 12 fois.

Sondage de suivi

Un sondage national a été mené à la suite des 12 séances de dialogue afin de découvrir jusqu'à quel point les résultats peuvent être appliqués à l'ensemble de la population[16]. En mars 2002, 1 600 Canadiens ont répondu, par le biais d'un sondage téléphonique, à des questions élaborées à l'aide des résultats du dialogue et de recherches antécédentes menées par Les associés de recherche Ekos, une entreprise de recherche par sondages.

Dans l'ensemble, les résultats sont semblables à ceux qui sont ressortis du dialogue. Toutefois, certaines variations témoignent des capacités de chacune des techniques de recherche. Un questionnaire de 14 minutes ne peut donner les mêmes résultats qu'un dialogue d'une journée, mais il peut fournir un aperçu représentatif des points de vue, des attitudes et des valeurs à un moment précis. Les résultats d'un sondage peuvent être interprétés sans problème lorsque les répondants ont tranché sur une question. Cependant, quand leurs opinions sont instables, contradictoires et partiellement formées, comme c'est le cas ici, les sondages ne peuvent prévoir l'orientation que prendront ces opinions à la lumière de nouvelles informations et de discussions plus poussées, et après comparaison avec les valeurs fondamentales.

Étant donné qu'il était impossible de recréer en 14 minutes la dynamique des dialogues et le processus d'analyse qu'impose un sujet aussi complexe, le sondage a été conçu pour comparer les réactions face aux scénarios, les arguments pour et contre, les conditions posées par les participants et les valeurs.

Ressemblances et dissemblances

On a demandé aux répondants au sondage téléphonique d'indiquer s'ils étaient en faveur ou non de chacun des quatre scénarios, lesquels leur ont été exposés sous forme d'énoncés (une seule phrase) construits d'après les descriptions utilisées lors des séances de dialogue.

L'ordre de préférence est resté le même, soit :

1. réorganisation du mode de prestation des services;
2. accroissement de l'investissement public;
3. partage des coûts et des responsabilités;
4. accroissement du rôle du secteur privé.

Toutefois, les pourcentages d'approbation pour chacun étaient plus faibles chez les participants aux dialogues (avant et après) que chez les répondants au sondage. Le plus grand écart a été constaté dans le scénario visant un *accroissement de l'investissement public*. Le sondage a révélé que 79 % des répondants y étaient favorables, contre 61 % après les dialogues. La même chose s'est produite avec les autres scénarios : 63 % des répondants au sondage téléphonique étaient favorables au *partage des coûts*, contre 51 % des participants au dialogue (fin de journée). Pour ce qui est de l'*accroissement du rôle du secteur privé*, les pourcentages étaient de 49 lors du sondage et de 39 après le dialogue. Et finalement, pour la *réorganisation du mode de prestation des services*, les chiffres étaient de 81 % (sondage) contre 79 % (après le dialogue). Les autres ressemblances sont mentionnées plus loin dans ce chapitre.

Les différences entre les résultats du sondage et ceux du dialogue sont révélatrices autant du point de vue politique que du point de vue technique, si bien qu'elles pourraient avoir des conséquences importantes sur la politique. À première vue, les résultats du sondage indiquent que le public est aussi favorable à l'*accroissement de l'investissement public* qu'à la *réorganisation du mode de prestation des services* (79 et 81 %[17]). Toutefois, une des questions du sondage a permis de découvrir pourquoi l'*accroissement de l'investissement du public* était accueilli plus favorablement dans le sondage que lors du dialogue. On a, en effet, demandé à ceux qui étaient favorables à cette proposition si elle devait être exécutée par le biais d'une hausse des impôts ou par une réaffectation des dépenses; 79 % ont opté pour la réaffectation, contre seulement 17 % pour la hausse des impôts. Donc, pour les répondants au sondage téléphonique, l'*accroissement de l'investissement public* signifie réaffecter les dépenses, et non pas hausser les impôts.

Tel que mentionné dans le chapitre V, les participants au dialogue étaient aussi favorables au départ à la réaffectation. Toutefois, ils ont fini par changer d'idée, car ils n'arrivaient pas à préciser la source des fonds à réattribuer. Cela les a forcés à examiner plus attentivement les autres scénarios, notamment la participation aux coûts et l'accroissement du rôle du secteur privé. Après avoir rejeté ces deux dernières propositions, 61 % des participants au dialogue sont convenus que la hausse des impôts était la solution, mais sous des conditions bien précises (voir chapitre V).

Les autres différences entre les résultats du sondage et du dialogue sont de nature technique. Par exemple, le sondage utilisait une échelle de cotation de quatre chiffres, tandis que le dialogue en utilisait une de sept chiffres[18].

Dans l'ensemble, les répondants au sondage téléphonique et les participants au dialogue avaient des points de vue similaires au départ. Les participants au dialogue disposaient de plus de temps et étaient libres de choisir un scénario ou d'en combiner plusieurs, ce qui leur a permis d'examiner les tensions relatives au besoin d'accroître l'investissement public et au refus de payer plus d'impôts. D'autres ressemblances sont apparues lorsqu'on a donné la chance aux répondants par téléphone de réagir aux conditions évoquées par les participants au dialogue.

Arguments et conditions

Les arguments pour et contre chacun des scénarios, et les conditions posées par les participants avant de signifier leur approbation, ont trouvé un écho chez les répondants au sondage.

Lorsqu'on a soulevé que « les impôts sont déjà assez élevés, il faut simplement accroître l'efficacité et innover », 69 % des répondants étaient d'accord. La condition la plus importante à l'accroissement de l'investissement public était la garantie de l'efficacité des coûts et l'obligation de rendre compte de la façon dont l'argent est dépensé (la deuxième condition la plus souvent mentionnée : la hausse des impôts ne devrait servir qu'au système de soins de santé). Tout comme lors des dialogues, l'appui à l'accroissement de l'investissement public était tributaire de ces conditions.

Même si 63 % des répondants étaient en faveur de l'imposition de frais modérateurs, les conditions d'approbation ont révélé des opinions mitigées et complexes. Lorsqu'on leur a soumis les arguments pour et contre, une faible majorité (56 %) a souscrit à l'idée que « les frais modérateurs rendront la population plus responsable de la façon dont elle utilise le système et permettront de ne pas hausser les impôts », jugeant cette idée plus conforme à leur propre opinion. Cependant, une forte minorité (42 %) était d'accord pour dire que « les moins bien nantis renonceront à suivre certains traitements, ce que les plus riches ne feront pas ».

Cette division des points de vue s'est également retrouvée dans les conditions énoncées par les participants au dialogue. Pour 39 % des répondants au sondage téléphonique, l'attribution d'une subvention aux personnes à faibles revenus était la condition essentielle à l'approbation des frais modérateurs. Dans une proportion semblable, 35 % des répondants croyaient que les frais modérateurs devraient « contribuer à réduire les abus ».

Les répondants au sondage se disaient très préoccupés par le gaspillage et par la mauvaise utilisation du système, tout comme les participants aux dialogues, bien qu'en cours de route, ils aient réussi à concilier la nécessité d'éliminer les abus et celle de garantir l'accès au système aux plus démunis. Les participants à chacun des dialogues ont finalement conclu que la mise en place d'un système informatisé (p. ex. cartes à puce) serait plus profitable que l'imposition de frais modérateurs, car cela ne nuirait pas aux moins bien nantis. Il faut noter qu'ils avaient eu la chance d'examiner les sujets complexes avec leurs pairs avant de prendre une décision, ce qu'un bref sondage téléphonique ne permet pas (d'ailleurs, ce n'est pas l'objectif).

En général, les citoyens s'opposaient fortement à l'accroissement du rôle du secteur privé par le biais d'un système parallèle. Tout comme les participants au dialogue, plus des deux tiers des répondants au sondage estimaient que la population devrait avoir accès à des soins en fonction de leurs besoins, et non pas de leur capacité à payer, et qu'une privatisation accrue aurait pour effet d'épuiser les ressources du système public. Loin derrière, on retrouve ceux (30 %) qui pensent que les personnes plus à l'aise financièrement devraient être libres de recourir à des services plus rapides et de meilleure qualité, ce qui, selon eux, désengorgerait le système public.

Pour les répondants au sondage, le système parallèle doit d'abord et avant tout être « [...] un système public régi par des normes nationales, accessible à tous ceux qui ne peuvent se permettre le système privé » (49 %). Au deuxième rang, dans le même ordre d'idée, 36 % des citoyens pensent « qu'il faut que la qualité du système public soit maintenue ». Dans l'ensemble, 85 % des répondants se disaient inquiets de l'avenir du système public de soins de santé si l'on permettait au système privé de prendre plus de place. Tout comme lors des dialogues, l'accès de qualité selon les moyens l'a emporté sur la liberté de choix.

En examinant les motifs favorables ou défavorables à la *réorganisation du mode de prestation des services*, les résultats du sondage téléphonique et des dialogues concordaient. Les deux tiers des répondants (67 %) ont dit aimer l'idée de mettre en place « un système multiservices ». C'est aussi ce point qui a d'abord plu aux participants aux dialogues. D'autre part, 28 % des répondants ont dit craindre que ce scénario n'engendre un système rigide dont l'efficacité l'emporterait sur la liberté de pouvoir choisir un professionel et de demander une seconde opinion. Une fois de plus, ce sentiment correspond aux inquiétudes exprimées au cours des dialogues. Même s'ils ont eu la chance de prendre conscience des réticences des autres, le pourcentage des personnes en faveur de ce scénario a augmenté.

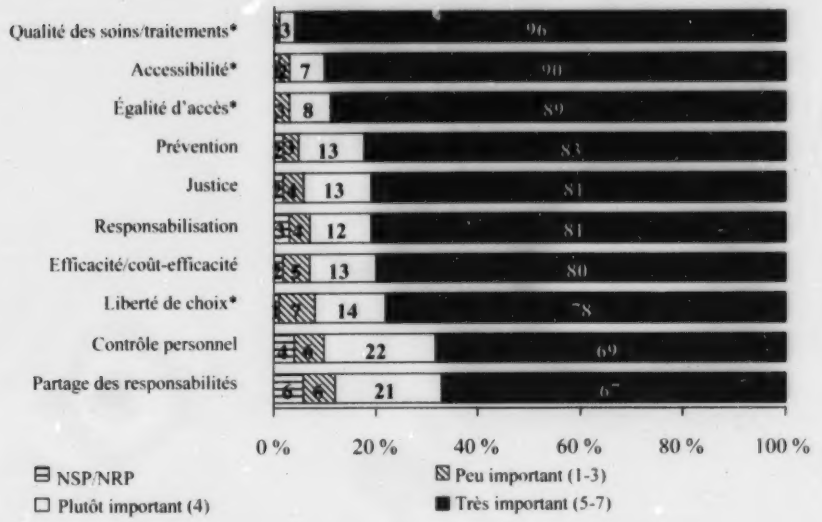
Valeurs

On a également demandé aux répondants au sondage de coter par ordre d'importance une série de valeurs identifiées au cours des dialogues et de diverses études menées par Ekos. Les valeurs étaient présentées sous forme de courts énoncés (parfois un seul mot). Personne n'a tenté de nuancer leurs réponses comme l'ont fait les participants aux dialogues.

Au premier rang des valeurs se trouvent la qualité des soins/traitements, l'accessibilité et l'égalité d'accès. Les répondants ont jugé que la prévention, la justice, l'efficacité/coût-efficacité et la liberté de choix étaient des valeurs légèrement moins importantes (voir figure 9).

Ces résultats concordent généralement avec ceux des dialogues, où l'importance de la responsabilisation et de la prévention a toutefois pris du poids au fur et à mesure que les participants analysaient les problèmes et les compromis. Il est difficile de cerner ce que « liberté de choix » signifiait pour les répondants au sondage, une valeur d'ailleurs privilégiée. Leur position correspond peut-être à la volonté des participants au dialogue d'influencer les décisions quant aux traitements offerts par le système public (ce qu'ils apprécieraient fortement), à moins qu'il ne faille y lire un désir de « pouvoir recourir à des services privés », concept qui n'a pas été très bien accueilli par les participants au dialogue. Étant donné qu'en général, les répondants au sondage étaient eux aussi défavorables à ce scénario, la première définition est plus probable.

Figure 9
Valeurs



NSP = ne sait pas; NRP = ne répond pas.
Note : sondage auprès de 1 600 Canadiens.
* La moitié de l'échantillon.
Source : Les associés de recherche Ekos, *Report on the Future of Health Care in Canada: General Public Survey*, Ottawa, mars 2002.

Le sondage révèle que le niveau de santé et le revenu global influencent la position de la population face à une réforme. Les personnes en bonne santé et touchant un revenu élevé sont normalement plus en faveur de l'imposition de frais modérateurs et de la liberté de recourir à des services privés. À la fin des dialogues, les opinions étaient très semblables pour tous les groupes socio-économiques, et ce, pour tous les scénarios, sauf un. Les participants à revenu plus élevé étaient les plus favorables à un recours aux services privés.

Sommaire

Les résultats du sondage et des dialogues ont révélé que les Canadiens appuieraient une réforme qui tiendrait compte de leurs valeurs et de leurs principes. Ils sont prêts à envisager bien des changements et des innovations en ce qui a trait aux soins et à la prestation des services, et pas seulement aux soins primaires. Ils veulent un bon rapport coût-efficacité et une responsabilisation accrue. Lorsqu'il s'agit de financement des soins de santé, ils favorisent l'investissement public aux autres modalités. Les participants aux dialogues ont été tout particulièrement favorables à des changements novateurs qui uniraient la prévention à des services multiples.

Bref, le sondage téléphonique a confirmé en grande partie les résultats du dialogue entre Canadiens. Cependant, les dialogues sont allés plus loin en ce sens qu'ils ont permis d'ouvrir de nouveaux horizons pour la politique publique.

VII Conclusions

Conclusions des participants

À la fin de la journée de discussions, les participants ont fait part de leurs observations à leurs pairs et au commissaire. Le microphone était passé d'une personne à l'autre; ainsi chacun a eu l'occasion de parler au commissaire. L'animateur leur a demandé de répondre brièvement à trois questions :

- Comment votre point de vue a-t-il évolué au cours de la journée ?
- Qu'est-ce qui vous a le plus éclairé aujourd'hui ?
- Parmi les messages, lequel espérez-vous sera communiqué au commissaire Romanow et aux décideurs ?

Après cette longue journée, les participants étaient fatigués, mais extrêmement satisfaits de ce qu'ils avaient accompli. Ceux qui s'étaient montrés timides au début avaient beaucoup plus confiance dans ce qu'ils voulaient dire. Ils ont remercié les autres chaleureusement pour le plaisir d'avoir pu travailler avec eux et ont exprimé avec grande émotion leur solidarité. Ils ont dit leur conviction de la nécessité d'une réforme, affirmé leur soutien aux choix consensuels et aux compromis, et lorsque leur avis était minoritaire, ils l'ont redonné.

Beaucoup ont dit combien le dialogue les avait transformés. Ils ont avoué que leur point de vue avait changé. D'autres se sont engagés à mieux prendre soin de leur santé, en faisant de l'exercice et en prenant de saines habitudes. Ils ont parlé d'un grand respect du point de vue des autres participants. Tous ont reconnu que les choix en matière de politiques seraient un vrai défi pour le commissaire et les pouvoirs publics. En définitive, quelles que soient les décisions, les participants comprendront mieux pourquoi elles sont prises.

> ***« J'ai aimé mon groupe – surtout le respect que l'on m'a montré pour émettre mes opinions... j'ai adoré cette journée. » [Québec]***

Trois thèmes très importants n'ont cessé d'être répétés.

La réforme est compliquée

Les participants comprennent mieux maintenant la complexité du système, les difficultés que pose une réforme et l'inutilité d'une « petite réparation ». Les personnes qui pensaient qu'il n'y avait qu'un seul problème à résoudre sont parties conscientes des nombreuses facettes de ce problème. « Je pensais qu'il s'agissait de coupes budgétaires, mais il y a bien d'autres questions à examiner. »

Nombreux sont ceux qui ont dit qu'ils comprenaient désormais la validité des points de vue d'autrui et que le leur avait changé. Certains venus catégoriquement opposés à certaines actions sont partis avec l'esprit ouvert. Tout cela a été formulé comme « la réforme est une question compliquée ». Et cela correspond aux résultats quantitatifs qui indiquent une plus grande ouverture aux quatre scénarios.

La réforme doit être bien pensée

Sachant que le système de santé est compliqué et que les changements qu'ils souhaitent et qu'ils sont prêts à accepter auront des effets profonds sur le statu quo, les participants ont dit souhaiter que les décideurs fassent attention à la conception et à la rapidité de la réforme. Ils ne tiennent pas à ce que les décideurs se précipitent sur une rapide « petite réparation » qui devra plus tard être refaite, voire défaite à cause de conséquences imprévues. Ils désirent être sûrs que tout changement est bien étudié et, de préférence, bien guidé, surtout si les idées viennent de l'étranger. On pense aussi que le facteur temps est essentiel et qu'il ne faut pas retarder indûment la mise à l'épreuve et la mise en place de la réforme.

Les gens doivent être impliqués

Les participants estiment que le dialogue leur a été profitable. Ils ont remercié le commissaire. Ils disent avoir été éclairés et avoir beaucoup appris. L'expérience est décrite comme ayant été vraiment précieuse. « Cela a été enrichissant et tous les Canadiens devraient en faire l'expérience. »

Le dialogue a libéré les participants et les a convaincus que les gouvernements doivent écouter ce qu'ils disent et « utiliser l'information ». Si la question est « comment les bénéficiaires peuvent-ils recevoir de meilleurs soins ? », les gens estiment qu'ils sont « les mieux à même de juger le système, plutôt que les prestateurs ». Ils veulent que les gouvernements les écoutent et leur répondent. Une bonne réforme de la santé doit mobiliser tout le monde – pas seulement cette année, mais pour longtemps. Une planification et une évaluation à long terme doivent impliquer les usagers et les intervenants. On était ravi qu'enfin quelqu'un ait amorcé le dialogue. Cela aurait dû être fait depuis longtemps et on espère que cela se reproduira.

Conclusions en matière de politiques

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a décidé d'entamer un nouveau type de dialogue avec les Canadiens parce qu'elle veut vraiment donner la parole aux citoyens dans ce débat crucial sur le régime d'assurance-santé. Comme l'a dit le commissaire dans sa lettre aux participants au dialogue :

> Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses. Ce que je cherche dans ce projet, c'est avoir une meilleure idée de ce que vous, *collectivement*, considérez comme

> important et ce qui est, selon vous, le bon chemin à suivre et pourquoi. Je veux savoir quels aspects des solutions vous préférez – ou n'aimez pas – pour mieux cerner les recommandations finales que fera ma Commission[19].

Les participants n'ont pas choisi un scénario. Ils ont trouvé un terrain d'entente sur trois des quatre scénarios. Ils les ont même dépassés en ce sens qu'ils ont fait ensemble une nouvelle synthèse de leurs valeurs sociales, économiques et politiques pour actualiser le contrat de soins à la base du régime d'assurance-santé. Ils ont également expliqué les raisons de leurs choix. Ils ont décrit au commissaire ce qu'ils considèrent, collectivement, comme important et ce qu'ils croient être la voie à suivre.

Beaucoup d'encre a coulé ces dix dernières années sur le manque d'égards envers les institutions politiques et la faible participation à la politique. Les Canadiens participent moins aux élections nationales et sont moins présents dans les partis politiques. Pourtant, lorsqu'on leur demande ce qui leur importe pour leur qualité de vie, ils citent leurs droits politiques presque en premier[20]. Cela signifie peut-être que les Canadiens cherchent de nouvelles façons de participer à la vie politique de leur pays.

La réponse des citoyens au dialogue sur l'avenir des soins de santé au Canada est le désir profond de participation. Au cours d'appels téléphoniques faits au hasard, Les associés de recherche Ekos n'ont eu aucun mal à susciter l'intérêt de participants éventuels au projet, même s'ils demandaient aux gens de s'engager une journée entière pendant la fin de semaine et, dans certains cas, de se déplacer pour de longs trajets. Presque toutes les personnes qui ont accepté de participer se sont présentées à l'heure et à l'endroit indiqués, malgré les difficultés habituelles de l'hiver canadien.

Une fois engagés dans les dialogues, les participants ont fait preuve d'une énergie débordante pour des séances de huit heures avec une seule et courte pause. Les discussions étaient élaborées et véhémentes, les intervenants spontanés et réfléchis, et en définitive, logiques et constants dans leurs conclusions. Ils se sont engagés sur des terrains allant bien au-delà de ce qu'espéraient les organisateurs. Les observateurs indépendants aux différentes séances étaient étonnés de la qualité de la participation. Ils auraient été encore plus surpris s'ils avaient pu voir les nombreux terrains d'entente dans les 12 séances impliquant des gens d'un océan à l'autre, des gens de la campagne et de régions éloignées, des gens de banlieues et de grandes villes.

À mesure qu'ils apprenaient à connaître et à respecter les 40 étrangers à leur séance, les participants étaient stupéfaits de constater combien ils partageaient les mêmes idées. Ils se réjouissaient de la diversité et ont adopté presque unanimement les « règles pour le dialogue » que leur ont expliquées les facilitateurs. Comprenant que les séances étaient conçues pour qu'ils les utilisent, ils ont animé leurs petits groupes et ont saisi l'occasion pour apprendre, dialoguer entre eux et parler directement au commissaire grâce à la caméra vidéo.

Les participants se sont débattus avec leurs propres contradictions. En effet, il était relativement facile de dresser la liste de ce qu'ils voulaient pour le système de santé. Il était plus difficile de décider de la façon de le financer et de qui devrait payer. À la fin, ils

ont laissé tomber certains éléments de leur liste et se sont laissé fléchir sur leur aversion pour une augmentation des impôts.

À la fin des dialogues, ils ont accepté de changer leur comportement et leur relation avec le système de santé, choses qui auraient été inconcevables il y a dix ans. Alors qu'ils travaillaient à ces choix difficiles, ils se sentaient de « vrais citoyens ». Ils participaient.

Quelles sont alors les conséquences de ce dialogue sur la réforme des soins de santé et, de façon plus générale, sur la politique gouvernementale au Canada ? Commençons par la réforme des soins de santé.

Implications pour les services de santé

La première implication pour la politique des soins, c'est la perception radicalement différente qu'ont le public et la haute administration des services de santé. La haute administration a passé dix ans à réformer le système pour le rendre plus rentable. Beaucoup d'administrateurs estiment qu'on a gagné en efficience, mais les bénéficiaires insistent qu'il reste bien davantage à faire. Les Canadiens semblent dire que les restructurations des années 90 ont eu relativement peu d'effet sur les services utilisés au quotidien par la majorité. Jour après jour, ils ont des contacts avec des médecins qui exercent seuls, des cliniques et des salles d'urgence, où les modes de prestation des services n'ont pas changé depuis fort longtemps. L'autre message que donne la population est que la restructuration dans leur collectivité n'a pas augmenté leur confiance dans une gestion saine et viable du système.

L'objet principal du dialogue était d'exprimer les valeurs fondamentales et d'éclairer la façon dont les gens allaient utiliser leurs propres valeurs pour faire des choix difficiles et des compromis. Ces valeurs ne sont pas coulées dans le béton. Elles évoluent avec le temps, tout comme le vécu de chacun et le contexte général. Elles représentent un élément fondamental des choix de politique gouvernementale. Un autre élément essentiel est la connaissance technique des experts et des intervenants – les gens formés pour travailler dans le système de santé et pour l'analyser. Les valeurs et les connaissances techniques ont chacune un rôle essentiel à jouer dans l'information d'une bonne politique gouvernementale. Les valeurs définissent les limites d'action dans une démocratie et fournissent dès lors le cadre d'action dans lequel les connaissances techniques peuvent être mises en application.

Il est important de savoir que ces deux rôles sont distincts et doivent le rester. La population peut fournir le cadre des valeurs, mais elle n'a pas les connaissances techniques. Les gens peuvent exprimer leur besoin d'avoir accès à des soins adaptés dans un cadre pluridisciplinaire et intégré, mais ils ne peuvent pas faire les choix techniques, à savoir comment les équipes de soins devraient être formées, gérées, financées, etc. Les experts techniques, quant à eux, ne devraient avoir aucune influence due à leur savoir dans la discussion. Leurs valeurs ne sont pas plus importantes que celles du simple citoyen dans les choix difficiles qu'exige la situation.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a investi temps et argent pour rassembler ces deux types d'information. Grâce à ses rapports intensifs avec les prestateurs, les gestionnaires, les gouvernements et les autres intervenants, elle appréhende de mieux en mieux l'état actuel des connaissances sur les choix techniques de réforme – qu'ils soient cliniques, financiers, organisationnels, etc. Le dialogue a permis à la Commission d'entreprendre à ce jour l'examen le plus approfondi des valeurs des Canadiens concernant la santé.

Ces valeurs ont évolué ces dix dernières années. En effet, les Canadiens commencent à intégrer leurs valeurs économiques et politiques à leurs valeurs sociales et c'est ainsi que le contour du contrat des services de santé et de sa réforme devient plus limité.

- Ils font grand cas du système de santé au Canada et veulent le conserver, mais ils sont arrivés à la conclusion qu'on ne peut pas le « réparer » en y investissant simplement plus d'argent.

- Ils estiment que les services de santé sont une ressource commune, c'est-à-dire pour tous. Cela crée un sentiment de solidarité et de lien, mutuel et national.

- Mais ils considèrent également que c'est une ressource rare – on doit donc l'utiliser judicieusement et en sachant bien ce qui est rentable.

- Pour eux, les services de santé sont un moyen pour arriver à une fin, et cette fin, c'est le bien-être. Ils savent qu'une bonne santé est surtout due à un bon patrimoine héréditaire et à un mode de vie sain, ce qui est leur responsabilité. En même temps, ils jugent que les organismes publics, du Parlement aux commissions scolaires locales, ont aussi un rôle à jouer dans la prévention des maladies et la promotion de la santé.

- À leurs yeux, la prévention des maladies et la promotion de la santé sont des moyens pour conserver plus longtemps les ressources sanitaires – c'est un investissement qui diminuera la demande future de services de santé. Toutefois, ces mesures ne remplacent pas, dans l'immédiat, les services de santé.

- Ils ne s'en remettent plus à l'autorité des prestateurs de soins et des gouvernements. Au contraire, ils exigent davantage d'efficacité, de transparence et de responsabilisation.

- Ils aspirent également à un système plus adapté qui leur permet d'avoir quelque influence sur le choix de traitement.

- Ils ont adopté les nouvelles technologies et les ont mises dans leur trousse à outils de services de santé. L'universalité d'accès est toujours leur mantra, mais, dans un monde où tout est toujours « en permanence », il leur faut et ils veulent un différent type d'accès aux services de santé. Selon eux, les technologies représentent un gain double – c'est un moyen d'améliorer l'accès *et* de gagner en efficacité.

- Ils s'engagent à se montrer plus responsables dans la façon dont ils utilisent le système.

Les Canadiens sont prêts à adopter de nouveaux modes de relation avec les prestateurs, alors que les décideurs ont souvent pensé le contraire. Lorsqu'on leur donne l'occasion de se pencher sur les problèmes, les gens sont bien plus ouverts au changement dans la prestation des services que la plupart des politiciens ne l'imaginaient. On est disposé au changement pour préserver l'essence du régime d'assurance-maladie, tout en l'adaptant aux nouvelles réalités. Mais on fixe aussi des conditions très claires à ce consentement. Cela signifie qu'on a maintenant des occasions de réforme qui n'existaient pas il y a seulement six ans. Ces Canadiens comprennent la logique du modèle plus intégré que de nombreuses commissions et enquêtes avaient recommandé au fil du temps, et ils l'apprécient.

Néanmoins, leur consentement est conditionnel. Les gouvernements devraient prendre en compte les valeurs très strictes concernant la santé auxquelles tiennent les Canadiens. Leur colère à propos du manque d'efficacité et de responsabilisation, et de l'art de la manœuvre politique est un signe que leur patience est à bout. Si ces discussions sur la réforme ne mènent pas à de vraies améliorations, il se pourrait que les Canadiens décident d'étudier d'autres solutions.

Implications pour la politique gouvernementale

Si l'on examine la question de la politique gouvernementale de façon plus générale, ce dialogue ouvre de nouveaux horizons dans la stratégie politique d'au moins trois domaines – les politiques économiques et sociales, le bien-être et la façon dont nous pratiquons la démocratie.

Il est d'usage que les ministères responsables des politiques économiques et sociales fonctionnent de manière cloisonnée. Ainsi, on fait peu attention à la façon dont ces deux branches importantes de la politique gouvernementale ont des effets l'une sur l'autre. Les participants aux dialogues ont trouvé le moyen d'intégrer leurs valeurs économiques et sociales concernant la santé à une nouvelle synthèse. La question désormais est si l'on peut élaborer et mettre en œuvre (et comment le faire) des méthodes plus intégrées dans toute la gamme des politiques économiques et sociales.

Pour ce qui a trait au bien-être, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, les Canadiens sont remarquablement constants d'un océan à l'autre. Les observateurs se sont demandé si le Canada n'est pas au seuil d'un grand virage sociétal, d'une façon de penser fondée sur la maladie à une façon de penser fondée sur le bien-être. Les gens ont une vision bien équilibrée de ce qu'est le bien-être. C'est une responsabilité personnelle, mais aussi de l'État, et un effet de la chance. La responsabilité de l'État concerne pratiquement chaque ministère, que ce soient l'industrie, l'environnement, le logement, le transport, les ressources naturelles, l'agriculture ou l'éducation, et bien d'autres. Les gens se sentent vulnérables aux dangers pour leur santé venant de l'air, de l'eau, des aliments et des médicaments qu'ils consomment. La combinaison de leur vulnérabilité et de leur

désir de vivre sainement crée une formidable ouverture à des politiques saines dans tous les programmes gouvernementaux.

Enfin, le plus important peut-être, c'est cette volonté et cette capacité qu'ont les Canadiens de saisir l'occasion d'un tel dialogue. Qu'est-ce que cette volonté et cette capacité de s'engager signifient sur la façon dont le Canada pratique la démocratie ?

La participation des citoyens à l'élaboration des politiques gouvernementales englobe un grand nombre d'activités et d'instruments, allant de la communication et la consultation à la mobilisation. Ensemble, ils forment le moyen de renforcer la crédibilité et le fonctionnement des organismes publics. Les décideurs sont prêts faire des choix à savoir quand utiliser la participation pour que l'instrument corresponde à la situation.

La participation est nécessaire lorsque la politique gouvernementale est à un tournant décisif. Cela arrive en général quand une société réévalue ses options, fixe ses priorités, trace les limites des changements importants possibles. C'est nécessaire lors d'une transition rapide de la société, quand les contre-courants du changement transforment la vie des gens. La participation permet de voir combien des valeurs auxquelles on tient évoluent au gré des circonstances. La légitimité et la viabilité de nos politiques gouvernementales essentielles dépendent de la façon dont elles reflètent ces valeurs canadiennes sous-jacentes et en évolution. Toutefois, la participation n'est réelle que quand les décideurs sont prêts à écouter et à apprendre, à s'ouvrir à la discussion sur les grands choix contradictoires et les compromis, quand ils donnent toute sa valeur au processus d'apprentissage public.

La nature de l'apprentissage public qu'ont connu les participants au dialogue a transformé leur façon de penser sur bien des questions. Cela a changé la manière dont ils expriment leurs propres responsabilités, cela a augmenté leur respect pour la complexité du problème des services de santé et cela leur permettra sans doute de mieux comprendre les décisions qui découleront du travail de la Commission.

Observations de la fin

Ce dialogue a donné aux participants l'occasion d'actualiser leurs valeurs fondamentales concernant la santé. Leur vie a profondément changé depuis les années 60 et leurs valeurs ont de ce fait évolué.

Le fait d'énoncer clairement ces valeurs a de grandes implications pour la politique gouvernementale. Cela devrait entraîner des changements dans les principes qui gouvernent le système de santé, dans la façon dont il est géré et dans la concentration de la politique gouvernementale sur un plus vaste éventail de programmes influant sur la santé de la population.

Les Canadiens ont eu voix au chapitre à l'hiver 2002. Ils ont dit clairement, et avec force, ce qu'ils avaient à dire. Ce fut un privilège d'assister à leur dialogue.

Annexe 1 – Étapes d'un projet ChoiceWork

1) Analyse de sondages passés (ou d'un nouveau sondage conçu tout spécialement) et d'autres recherches afin de savoir où en est l'opinion publique.

2) Identification des options et des scénarios cruciaux sur la question, y compris les principaux arguments « pour » ou « contre ».

3) Une série de séances de consultation d'une journée avec des groupes de participants représentatifs de la population. Chacune des séances regroupe une quarantaine de participants; les séances durent une journée entière et sont enregistrées sur bande magnéstoscopique. Une séance typique comprend les éléments suivants :

   - l'accueil (on y présente entre autres l'objectif de la consultation, l'utilisation qui sera faite des résultats, la nature du dialogue, les règles à suivre, les principaux enjeux à discuter et certains faits connus qui y sont liés);
   - la présentation des scénarios possibles concernant le sujet à l'étude, et un questionnaire visant à connaître le point de vue initial des participants;
   - un dialogue entre les participants (en petits groupes et en plénière) sur les conséquences positives et négatives possibles advenant tel ou tel choix, et l'élaboration d'une vision de l'avenir qu'ils privilégient;
   - une deuxième ronde de discussions, plus approfondie (cette fois encore, en petits groupes et en plénière), où les participants se concentrent sur les choix concrets et les compromis qu'ils seraient prêts à faire ou à appuyer pour que leur vision devienne réalité;
   - les observations finales de chacun des participants sur la façon dont leur point de vue a changé au cours de la journée (et pourquoi), et un questionnaire conçu pour mesurer ces changements.

4) Une analyse de l'évolution des points de vue au cours du dialogue. Nous mesurons comment et dans quelle mesure le dialogue a provoqué des revirements face aux divers choix proposés. (Ces changements sont parfois énormes.) Cette analyse est à la fois quantitative et qualitative.

5) Une séance d'information aux dirigeants pour pressentir les résultats. On y résume les points qui importent le plus aux participants, de quelle façon les points de vue devraient évoluer au fur et à mesure que les premières opinions feront place à un jugement plus réfléchi, et le rôle qu'ils peuvent jouer dans ce contexte.

Annexe 2 – Dates et lieux de dialogue

19 janvier 2002	Montréal (en anglais)
20 janvier 2002	Montréal (en français)
2 février 2002	Vancouver
9 février 2002	Halifax
9 février 2002	Thunder Bay
10 février 2002	Halifax
16 février 2002	Calgary
16 février 2002	Bathurst (en français)
23 février 2002	Regina
23 février 2002	Québec (en français)
2 mars 2002	Toronto
2 mars 2002	Ottawa

Annexe 3 – Questions possibles (à l'usage des facilitateurs)

Pour réduire les coûts et accroître l'efficacité, sommes-nous prêts à :

- utiliser la téléassistance ou une clinique médicale ouverte jour et nuit plutôt qu'une salle d'urgence d'hôpital
- consulter une infirmière plutôt qu'un médecin pour des traitements courants
- consulter un nutritionniste ou un travailleur social plutôt qu'un médecin
- permettre que nos renseignements personnels figurent sur une carte à puce
- prendre le temps de nous renseigner sur la prévention et les moyens d'adopter un mode de vie plus sain
- nous inscrire auprès d'un médecin de famille pour au moins un an
- nous voir restreindre le choix d'hôpitaux
- voir diminuer nos possibilités d'obtenir un autre avis médical

Comment financer le régime que nous souhaitons :

- hausses d'impôts
- réaffectation des dépenses gouvernementales – fédérales et provinciales
- facturation directement à l'utilisateur
- assurance privée
- investissements dans le secteur privé
- réorganisation de la prestation des services – restreindre les choix et accroître l'efficacité
- ne plus assurer certains services

Devrait-on pouvoir souscrire à une assurance privée pour obtenir les services suivants des professionnels du secteur privé :

- lunettes
- soins dentaires
- médicaments
- traitements de physiothérapie
- consultations auprès d'un naturopathe
- soins à domicile
- services diagnostiques plus rapides, par exemple, examens IRM ou TDM
- accouchement dans une clinique privée
- remplacement d'une hanche dans une clinique privée
- chirurgie de la cataracte
- pontage coronarien
- traitement du cancer

Annexe 4 – Résultats quantitatifs

Tableau 1
Sommaire des prises de position initiales et finales et changement par scénario

Scénario	Initiales	Finales	Changement
Pourcentage de participants			
Accroître les investissements publics			
En faveur	48	61	+13
Contre	33	23	+10
Net	+15	+38	+23
Partager les coûts et les responsabilités			
En faveur	45	50	+5
Contre	39	30	+9
Net	+ 6	+ 20	+14
Laisser le choix			
En faveur	34	39	+5
Contre	50	47	+3
Net	- 16	- 8	+ 8
Réorganiser la prestation des services			
En faveur	56	79	+23
Contre	25	10	+15
Net	+31	+69	+38

N. B.: Les chiffres indiquent le pourcentage moyen du vote des participants au début et à la fin des 12 dialogues. Le changement net indique la hausse des votes en faveur plus la baisse des votes contre au cours de la journée.

Tableau 2
Sommaire des notes moyennes initiales et finales
(sur une échelle de 1 à 7, 7 étant la note maximale)

Scénario	Initiales	Finales	Changements (en points)	Changement (en pourcentage)
Accroître les investissements publics	4,33	4,80	+0,47	10,8
Partager les coûts et les responsabilités	4,07	4,36	+0,29	7,1
Laisser le choix	3,52	3,73	+0,21	6,0
Réorganiser la prestation des services	4,58	5,64	+1,06	23,1

Annexe 5 – Cahier du participant

Cahier du participant

Dialogue entre Canadiens sur l'avenir des soins de santé au Canada

Projet entrepris par

les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

et par

Viewpoint Learning Inc.

pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Noter que le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte

Table des matières

Mot de bienvenue du président de la Commission

Introduction :

La question

But de la rencontre d'aujourd'hui

Ordre du jour

Contexte

Résumé des quatre scénarios

Dialoguer :

Débat ou dialogue

Règles de base du dialogue

Quatre scénarios :

Premier scénario : Accroître les investissements publics

Deuxième scénario : Partager les coûts et les responsabilités

Troisième scénario : Laisser le choix

Quatrième scénario : Réorganiser la prestation des services

Madame/Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet important projet.

Notre système de soins de santé est pour nous une source de grande fierté. Il nous a bien servi pendant de nombreuses années et nombreux sont ceux qui le considèrent comme un élément déterminant de l'identité canadienne.

Pourtant, ces dernières années, malgré ses indéniables succès, il semble parfois que le système ne peut plus faire face à tout ce qu'on exige de lui.

De nombreux Canadiens citent l'avenir de leur système de soins comme le problème le plus grave auquel est confronté le pays. De ce fait, ma responsabilité primordiale en tant que commissaire est de m'occuper des problèmes qui font que le public doute de l'avenir du système, de faire en sorte que ce système continue de répondre aux besoins en offrant des soins opportuns et de qualité, et de faire des recommandations sur des moyens qui lui permettraient d'être dans une position plus solide à l'avenir.

Les débats sont vifs quant à savoir si notre système a seulement besoin d'une mise au point ou si une révision générale s'impose. Comme vous pouvez l'imaginer, il existe bien des perspectives sur la recherche de solutions. Dans le cadre du projet de *Dialogue entre Canadiens*, vous aurez l'occasion de réfléchir sur le mérite relatif de certaines de ces perspectives et des solutions dont elles s'accompagnent. Chacune reflète diverses suppositions sur ce que les Canadiens apprécient le plus et qu'ils veulent retrouver dans les programmes et les politiques qui définissent leur système de soins de santé. Bien que chacune propose un chemin différent avec divers choix, toutes visent le même but : un système moderne et viable offrant à tous les Canadiens un accès rapide à des soins de qualité.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce que je cherche dans ce projet, c'est avoir une meilleure idée de ce que vous, *collectivement*, considérez comme important et ce qui est, selon vous, le bon chemin à suivre et pourquoi. Je veux savoir quels aspects des solutions vous préférez – ou n'aimez pas – pour mieux cerner les recommandations finales que fera ma Commission.

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce dialogue. Il y en aura 12 organisés dans les prochaines semaines partout au Canada, par les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques et au nom de la Commission. Je suis sûr que vous trouverez cela intéressant et enrichissant.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Roy Romanow

INTRODUCTION

La question

Lorsque le régime d'assurance-santé a été mis en œuvre dans les années 1960, la situation était très différente de ce qu'elle est maintenant et de ce qu'elle sera à l'avenir. La population était plus jeune et moins nombreuse. Le coût et le nombre des services considérés comme médicalement indispensables étaient moindres. Mais la population vieillissante et l'explosion des nouvelles technologies ont conduit le système de soins de santé a offrir beaucoup plus de services. Avec le temps, le régime a commencé à montrer des signes de faiblesse. **De nos jours, ces tensions prennent la forme de coûts plus élevés, d'une insatisfaction manifeste, et de questions sur ce que les nouveaux services devraient couvrir.**

Si l'on prend en compte l'inflation et l'accroissement démographique, **entre 2000 et 2020, il est prévu que le total des dépenses (publiques ou privées) pour les soins de santé au Canada connaîtra une croissance de 56 % — allant de 2 626 $ par personne à plus de 4 100 $**[i]. Le total des dépenses passera de 81 milliards de dollars à 147 milliards.

Il y a dix ans, la majorité des Canadiens (61 %) était satisfaite du système; aujourd'hui, ce nombre a diminué de moitié pour tomber à moins d'un tiers (29 %)[ii]. Les Canadiens évoquent les difficultés à trouver un médecin de famille lorsqu'ils déménagent*. Ils s'inquiètent du temps passé à attendre dans les salles d'urgence des hôpitaux, ou des délais pour voir un spécialiste ou pour une intervention chirurgicale[iii].

Le régime d'assurance-santé mis sur pied dans les années 1960 correspondait aux besoins des gens : consulter un médecin, aller à l'hôpital quand il le fallait. Les temps ont changé et **d'autres services sont devenus de plus en plus importants**, par exemple :

- **les médicaments sur ordonnance**, l'élément des coûts de soins de santé qui croît le plus vite (à l'heure actuelle, on dépense davantage pour les médicaments que pour les services d'un médecin); pour la plupart des gens au Canada, le régime d'assurance-santé ne couvre pas le coût des médicaments pris en dehors de l'hôpital;

---

* Une étude récente montre qu'au Canada 60 % des médecins de famille n'acceptent généralement pas de nouveaux patients. « Sondage national du CMFC sur les effectifs médicaux en médecine familiale - 2001 », Collège des médecins de famille du Canada.

- **les soins à domicile,** un service qui se développe rapidement : en l'an 2000, environ un million de Canadiens recevaient une forme quelconque de soins publics à leur domicile[iv]; toutefois, le système public offre ces services de bien des façons différentes d'une province à l'autre.

Les Canadiens souhaitent une amélioration des services, pas seulement pour aujourd'hui, mais également pour l'avenir. Une grande majorité de Canadiens nous dit que tout le monde devrait avoir accès à des soins publics en cas de maladie ou d'accident, et que les soins de santé devraient être fournis selon le besoin et non pas selon la capacité de payer[v]. **Les Canadiens veulent être certains :**

- **que le système aura des ressources suffisantes;**
- **qu'il offrira des services de santé adéquats;**
- **qu'il fonctionnera aussi efficacement que possible, afin que les Canadiens reçoivent les meilleurs soins au coût le plus bas possible;**
- **que tout changement sera conforme aux grandes valeurs canadiennes.**

Il existe bien évidemment de nombreuses façons d'atteindre ces objectifs. **En tant que Canadiens, nous devons examiner quel chemin nous voulons suivre — quels choix et quelles concessions nous sommes prêts à faire pour façonner l'avenir de notre système de soins de santé.**

But de la rencontre d'aujourd'hui

- **Le but de la rencontre d'aujourd'hui est pour nous, Canadiens, de réfléchir sur la meilleure façon de gérer les problèmes déjà évoqués, et d'autres aussi. Nous allons passer la majeure partie de la journée à examiner quatre choix ou scénarios pour l'avenir des soins de santé au Canada.** Chacun présente une direction réaliste que nous pourrions choisir de suivre. Chacun reflète les points de vue des spécialistes, mais également d'un nombre important de Canadiens.
- **À la fin de la journée, il se peut que nous choisissions un scénario, que nous en élaborions un cinquième composé d'éléments des quatre autres, ou que nous nous retrouvions très divisés quant au meilleur choix.** Quoi qu'il arrive, nous aurons eu une bonne discussion et nous comprendrons beaucoup mieux le problème.
- **Que pouvons-nous attendre du dialogue d'aujourd'hui?** Aucun de nous n'est un ou une spécialiste. Nous ne nous attendons donc pas à conclure avec une série de recommandations savantes ou de politiques achevées. Mais il reste vrai que nous avons tous nos propres valeurs, nos propres opinions. C'est à nous qu'il appartient de dire ce que nous voulons que nos gouvernements fassent de nos impôts et comment nous voulons façonner notre avenir. Les spécialistes peuvent nous renseigner, mais ils ne peuvent pas faire ces choix à notre place.
- **La présente rencontre s'inscrit dans une série de 12 dialogues qui se déroulent actuellement dans tout le Canada pour le compte de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Nous ferons connaître les résultats de ces dialogues au commissaire Romanow afin de l'aider dans sa réflexion et chacun de vous recevra un exemplaire de notre rapport.**

Ordre du jour

Allocution d'ouverture

Jugement initial

Présentations

Les soins de santé que nous voulons dans 10 ans

Déjeuner

Quels sont les meilleurs choix pour parvenir au système de soins de santé que nous voulons?

Jugement final

Recenser les observations les plus importantes de la journée

Allocution de clôture

CONTEXTE

Nous devons trouver les solutions à nos difficultés actuelles dans les ententes constitutionnelles canadiennes :

- Les gouvernements provinciaux ont la responsabilité des soins de santé.
- Le gouvernement fédéral verse à chaque province certaines sommes qui seront dépensées conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral joue également un rôle de premier plan dans la promotion et la protection de la santé, la prévention des maladies, la recherche et la prestation de services de santé à certains groupes comme les Premières nations.
- Sur les 67,6 milliards de dollars de fonds publics dépensés en soins de santé en l'an 2000, les provinces en ont fourni environ 65 %, le gouvernement fédéral 35 %* [vi].
- Ce partage des responsabilités a pour résultat que les régimes d'assurance-maladie reflètent partout au Canada les principes de la *Loi canadienne sur la santé* et que leur fonctionnement et leur couverture diffèrent d'une province à l'autre.

Les 5 principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont :

1. l'universalité (tout le monde est couvert par le régime public);
2. l'intégralité (tous les services de santé médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins sont assurés);
3. l'accessibilité (le système est accessible à tous les Canadiens, sans barrière financière ou autre);
4. la transférabilité (chacun est couvert, où qu'il demeure ou voyage au Canada);
5. la gestion publique (les régimes provinciaux d'assurance-santé doivent être administrés par des personnes élues par la population ou nommées par les gouvernements).

---

* La part fédérale de 35 % comprend les points d'impôt (le pouvoir de taxation) cédés aux provinces en 1977. Si on ne tient pas compte des points d'impôts, le part fédérale s'élève à approximativement 18 % et la part des provinces, à 82 % du total.

Actuellement, le régime d'assurance-santé paie la totalité des coûts de tous les services médicalement nécessaires que fournissent les hôpitaux et les médecins. Néanmoins, ces dernières années, certains services comme les médicaments sur ordonnance et les soins à domicile, qui ne sont pas couverts par l'assurance-santé, sont davantage en demande*. **Par rapport aux pays les plus industrialisés, le Canada offre une plus grande couverture publique pour les soins à l'hôpital et ceux du médecin, et une couverture moindre pour les autres services comme les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires**[vii].

Environ 70 % des dépenses totales en soins de santé au Canada sont payées par des fonds publics. Les 30 % restants sont payés par les Canadiens, directement ou par des assurances privées, et servent surtout aux soins dentaires, aux soins de la vue, aux médicaments sur ordonnance, aux soins à domicile, aux soins prolongés et aux services de professionnels de la santé qui ne sont pas médecins comme les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les naturopathes[viii].

---

* Par exemple, les coûts pour les services dans les hôpitaux et chez les médecins représentent actuellement un peu plus de 45 % des dépenses totales en soins de santé en comparaison de 57 % en 1984.

Résumé des quatre scénarios

Accroître les investissements publics — premier scénario : ajouter des ressources (telles que des médecins, des infirmières et de nouveaux équipements) pour remédier aux difficultés actuelles du régime d'assurance-santé en augmentant les dépenses publiques, soit en haussant les impôts, soit en transférant des fonds d'autres programmes gouvernementaux.

Partager les coûts et les responsabilités — deuxième scénario : ajouter des ressources pour remédier aux difficultés actuelles, non pas en augmentant les dépenses publiques, mais en imposant des frais modérateurs aux usagers afin d'inciter les gens à ne pas abuser du système et des fonds publics.

Laisser le choix — troisième scénario : laisser aux Canadiens le choix de se faire soigner par des professionnels de la santé au secteur privé. Ainsi, parallèlement au système public, les Canadiens pourraient avoir accès aux services de professionnels de la santé du secteur privé (à but lucratif ou non) et en assumer les frais par leurs propres moyens ou grâce à une assurance privée.

Réorganiser la prestation des services — quatrième scénario : réorganiser la prestation des services de façon à dispenser des soins plus intégrés, à réaliser des économies et à étendre la couverture. Selon ce scénario, chaque Canadien s'inscrirait auprès d'un réseau de professionnels de la santé qui dispenserait en équipe des services mieux coordonnés, plus rentables et plus accessibles.

DIALOGUER

Notre rencontre d'aujourd'hui se veut un dialogue. Le dialogue est un certain type de conversation qui fait appel à divers points de vue pour approfondir les connaissances et trouver un terrain d'entente.

Débat ou dialogue

Débat	Dialogue
Je suppose qu'il existe une bonne réponse (et c'est moi qui l'ai)	Je suppose que les autres ont des éléments de la réponse
Combativité : j'essaie de prouver que mon interlocuteur a tort	Collaboration : j'essaie de faire en sorte que la compréhension soit mutuelle
Le but est de gagner	Le but est de trouver un terrain d'entente
J'écoute pour trouver l'erreur	J'écoute pour comprendre
Je défends mes idées	J'apporte mes idées pour qu'elles soient examinées et discutées
Je critique le point de vue de mon interlocuteur	Tous les points de vue sont examinés
Je défends mon point de vue contre les autres	J'admets que les idées des autres peuvent améliorer les miennes
Je cherche les faiblesses et les erreurs chez les autres	Je cherche les forces et les valeurs chez les autres
Je cherche un résultat qui corresponde à mon opinion	Je veux découvrir de nouvelles possibilités

RÈGLES DE BASE DU DIALOGUE

1. Le but d'un dialogue est de comprendre autrui et d'apprendre de lui (on ne sort pas « gagnant » d'un dialogue).
2. Tous les participants à un dialogue parlent en leur propre nom, et non en tant que représentants d'intérêts particuliers.
3. Dans un dialogue, chacun est considéré de la même façon : on laisse de côté les rôles, le statut social et les stéréotypes.
4. On doit être ouvert et écouter autrui même si l'on n'est pas d'accord; on doit se retenir de porter un jugement.
5. Il faut mettre en question les idées reçues (surtout les siennes).
6. On doit écouter avec empathie le point de vue d'autrui, faire savoir qu'on l'a entendu, <u>surtout</u> si l'on n'est pas d'accord.
7. Il faut chercher un terrain d'entente.
8. On peut exprimer son désaccord quand il s'agit des idées, mais pas pour des questions de personnalité ou d'autres motifs de ce genre.
9. Le dialogue et la prise de décision doivent rester deux choses différentes (le dialogue devrait toujours avoir lieu avant de prendre une décision).
10. Tous les points de vue doivent être respectés et ils seront enregistrés (sans qu'on en mentionne la source.)

QUATRE SCÉNARIOS

Scénario 1 — Accroître les investissements publics

Introduction

Le premier scénario consiste à prévoir plus de ressources (par exemple des médecins, des infirmières et de nouveaux équipements), c.-à-d. à augmenter les dépenses publiques pour remédier aux difficultés actuelles du régime d'assurance-santé et pour répondre à la demande future (entre autres, une population croissante et vieillissante et le coût galopant des technologies et des traitements de pointe).

Les gens qui soutiennent ce scénario tendent à croire que les problèmes du système de santé sont liés au sous-financement public. Pour améliorer le service et l'accès, il faut donc accroître les dépenses publiques, cela en augmentant l'impôt sur le revenu ou en réduisant le budget d'autres priorités.

Contexte

- **Dans la première moitié des années 1990, parce que les gouvernements tentaient alors de venir à bout de leurs déficits, la croissance des dépenses en santé a beaucoup ralenti. En général, ces dépenses, qui avaient augmenté d'environ 7 % par an, ont cessé de croître et même, pendant une courte période, diminué**[ix].
- **Les ressources financières ont recommencé à augmenter, et de façon notable, à la fin des années 1990.** En 2000, le gouvernement fédéral a injecté 21,2 milliards $ sur cinq ans pour renouveler le système de santé.
- Les gouvernements provinciaux affirment qu'à l'avenir, juste pour maintenir le statu quo, les dépenses de la santé devront croître de 5 % par an[x]. Autrement dit, **bien qu'elle représente plus du tiers (39 %) du total des dépenses de programmes par province et par territoire, la santé atteindra 45 % de ce total d'ici 2020**[xi], **entraînant sans doute des coupes dans le budget d'autres priorités importantes comme l'éducation.**
- Si nous décidons d'améliorer le système et d'étendre la couverture pour inclure l'assurance-médicaments et les soins à domicile, les coûts augmenteront encore plus.
- Les études montrent que le système de santé (par ex. les médecins et les hôpitaux) n'est qu'un élément parmi d'autres qui contribuent à l'état de santé de la population. En effet, le statut socioéconomique (revenu et scolarité), l'hérédité et l'environnement physique sont aussi fort importants[xii].

Résultats de l'enquête soutenant ce scénario

- Les Canadiens **appuient vivement l'actuel système public de santé et son universalité** : 88 % le jugent « très important ». [1]*
- Bien que le taux de satisfaction à l'endroit du système ait chuté de plus de la moitié au cours de la dernière décennie, la plupart des Canadiens (80 %) qui ont bénéficié de services au cours de la dernière année **ont affirmé avoir reçu des soins d'excellente ou de bonne qualité.**
- Une majorité de Canadiens (54 %) croient que l'État doit couvrir le coût croissant de la santé **en augmentant sensiblement les dépenses.** [10]*
- Les trois quarts des Canadiens (76 %) estiment que leur système de santé traverse une **grave crise de financement.** [17]*
- Pour la plupart (86 %), **l'État doit préserver l'universalité du régime** : il ne doit pas se contenter de subventionner uniquement les Canadiens à faible revenu ou obliger certaines catégories d'individus à débourser eux-mêmes les sommes nécessaires. [2]*
- Près de 80 % croient que **les soins devraient être dispensés en fonction du besoin** plutôt qu'en fonction de la capacité de payer. [8]*
- Pour quatre répondants sur cinq (82%), notre système de santé est un **élément crucial de l'identité canadienne.** [6]*

* Ces références correspondent aux figures que l'on retrouve dans l'ouvrage de Mendelsohn, Matthew, « Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle grâce à l'innovation », rédigé pour le compte de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001.

ÉLÉMENTS CLÉS DE CE SCÉNARIO

- **La gamme des services garantis par l'assurance-santé demeurerait essentiellement inchangée, et il n'y aurait aucun changement fondamental dans la façon dont ces services sont organisés et dispensés.**
- **En augmentant les dépenses publiques, on pourrait surtout prévoir d'autres ressources (par exemple : des médecins, des infirmières, des équipements)** pour répondre à la demande croissante et régler divers problèmes (longues attentes et faible nombre de médecins acceptant de nouveaux patients).
- Il faudrait prévoir **au moins** 4,2 milliards $ de plus d'ici 2005 (et cette somme n'inclut pas le coût des nouvelles technologies de diagnostic et de traitement, ni celui des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, si jamais nous décidons de les ajouter à la liste)[xiii]. **Ainsi, d'ici 2005, l'impôt**
  - **d'un Canadien à faible revenu augmenterait de 85 $***,
  - **d'un Canadien à revenu moyen, de 285 $,**
  - **d'un Canadien à revenu élevé, de 630 $.**
- De même, pour répondre à la demande d'ici 2010, il faudrait débloquer **au moins** 9,5 milliards $ de plus. **Cela voudrait dire que l'impôt sur le revenu personnel moyen serait de 12 % plus élevé qu'en 1999. D'ici 2010,**
  - **une personne à faible revenu paierait 265 $ de plus,**
  - **une personne à revenu moyen, 905 $,**
  - **une personne à revenu élevé, 2 000 $.**
- On pourrait pallier l'augmentation du coût du système en réduisant le budget alloué à l'éducation.

  Par exemple, pour éviter la hausse d'impôt en 2005, il faudrait que l'État réduise de 6 % les dépenses en éducation.

---

* Faible revenu : entre 20 000 $ et 25 000 $; revenu moyen : entre 40 000 $ et 50 000 $; revenu élevé : entre 70 000 $ et 80 000 $.

En 2010, il faudrait prélever encore plus d'argent sur le compte de l'éducation et d'autres services publics.

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE HAUSSE DES INVESTISSEMENTS PUBLICS

- ✓ **Ne changeons rien au système s'il fonctionne bien.** Le système de santé est fondamentalement sain. Les problèmes, par exemple les longues attentes, sont surtout liés au financement insuffisant. Pour pallier sa récente détérioration, il suffit de relever le niveau de financement public.
- ✓ **Le financement public est le moyen le plus juste pour ajouter les ressources** dont le système a besoin.
- ✓ **Notre système de santé en dit long sur qui nous sommes.** Nous ne devons pas le priver de l'investissement public dont il a besoin pour mettre un terme et remédier à la détérioration observée ces dernières années.
- ✓ **La situation est claire** : nous devrons débourser toujours plus. Il faut nous préparer à payer plus d'impôt pour offrir des soins de santé de qualité et fiables à tous les Canadiens.
- ✓ **Mais qui dit changements, dit prudence** : il ne faut apporter que les changements qui contribuent à préserver le système.
- ✓ Des changements draconiens ont toujours des conséquences insoupçonnées. **Ils peuvent empirer les choses plutôt que les améliorer.** Le présent scénario permet d'apporter des améliorations au fur et à mesure que nous prenons de l'expérience.

ARGUMENTS CONTRE UNE HAUSSE DES INVESTISSEMENTS PUBLICS

- **Le système actuel est au-dessus de nos moyens.** Les impôts devront continuer d'augmenter, sans quoi nous devrons empiéter sur le budget d'autres priorités comme l'éducation.
- L'assurance-santé n'est pas l'unique facteur contribuant à la santé. **Cela n'a aucun sens de réduire le budget d'autres secteurs comme l'éducation et l'aide sociale qui, eux aussi, contribuent pour beaucoup à la santé d'une population.**
- **Le Canada est bien plus qu'un système de santé : celui-ci n'est qu'un aspect parmi tant d'autres de notre identité.** Il faut être pragmatique et concevoir un système plus flexible. Nous ne pouvons nous permettre de laisser la santé gruger une plus grande part du budget des gouvernements.
- **Il faut moderniser un système conçu dans les années 1960; il faut en accroître l'efficacité, il faut innover.**
- Ainsi, le système actuel offre peu d'incitatifs à économiser. Investir d'autres fonds publics ne changera rien à la situation et risque même d'empirer les choses. **Nous devons réformer le système avant d'augmenter les impôts.**
- **Maintenir le système ne suffit pas** : il faut aussi garantir les soins à domicile, l'assurance-médicaments et d'autres services de plus en plus importants et de plus en plus coûteux, ce qui se traduira nécessairement par de nouvelles hausses des impôts.

Scénario 2 — Partager les coûts et les responsabilités

Introduction

Le deuxième scénario consiste à prévoir des ressources additionnelles pour remédier aux difficultés actuelles, non pas en augmentant les dépenses publiques, mais en imposant des frais modérateurs aux usagers qui les inciteront à ne pas abuser du système et des fonds publics.

Ceux et celles qui soutiennent ce scénario tendent à croire qu'il faut prévoir d'autres ressources pour régler les problèmes, mais sans augmenter les dépenses publiques. Nous devons plutôt partager ces coûts avec les utilisateurs, pourvu que les Canadiens à faible revenu soient entièrement protégés. De cette manière, nous incitons les gens à ne pas surexploiter les services et veillons à ce que les sommes additionnelles versées par les Canadiens soient directement appliquées à la santé.

Contexte

- **Simplement pour maintenir le statu quo, il faudrait que les provinces et les territoires fassent passer leurs dépenses en santé de 39 % de leur budget global aujourd'hui à 45 % d'ici 2020.**
- Autrement dit, **pour préserver les niveaux de service actuels, il faudrait augmenter les dépenses en santé de 58 % par personne au cours des 20 prochaines années.** La hausse calculée serait même plus élevée si l'on incluait les soins à domicile et l'assurance-médicaments. **Pour mieux comparer, disons que les dépenses publiques dans d'autres secteurs croîtront de 17 % par personne[xiv].**
- **En Suède, les gens paient environ 15 $ et 30 $ respectivement pour consulter un omnipraticien et un spécialiste. En France, il en coûte à peu près 30 $ pour voir son médecin, et 40 $ pour rencontrer un spécialiste[xv].**

Résultats de l'enquête soutenant ce scénario

- La plupart des Canadiens (81 %) prédisent que le système **coûtera de plus en plus cher**. [15]*
- Les deux tiers (66 %) estiment que les coûts augmentent parce que **beaucoup de Canadiens abusent du système**. [95]*
- La grande majorité des Canadiens (87 %) croient que l'inefficacité du système est principalement liée au fait que les gens **abusent des services** (sur lesquels ne s'appliquent pas de frais modérateurs). [93]*
- D'après 70 % des Canadiens, **les mieux nantis devraient assumer une plus grande part** de leurs soins de santé; 31 % seulement affirment qu'il faudrait augmenter les impôts. [54]*
- Plus de la moitié des Canadiens (56 %) croient que pour augmenter le budget de la santé, on pourrait **imposer des frais d'utilisation à ceux qui dépassent un certain niveau**; 42 % sont d'accord sur la facturation des frais d'hospitalisation. [74]*

* Ces références correspondent aux figures que l'on retrouve dans l'ouvrage de Mendelsohn, Matthew, « Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle grâce à l'innovation », rédigé pour le compte de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001.

ÉLÉMENTS CLÉS DE CE SCÉNARIO

- **Il n'y aurait pas de majoration de l'impôt pour financer le système de santé. La panoplie de services garantis demeurerait inchangée.**
- Pour investir en 2005 et en 2010 d'autres ressources qui permettraient de régler les problèmes de service actuels, et pour répondre à la demande accrue tout en décourageant les abus, **il faudrait imposer des frais modérateurs**[xvi].
- **La part des Canadiens à faible revenu serait subventionnée.**
- **Par exemple, en 2005, chaque Canadien pourrait débourser 30 $ et 55 $ pour voir respectivement son médecin et un spécialiste, et 30 $ par jour d'hospitalisation. La somme maximale annuelle que chaque Canadien aurait à payer s'élèverait à 500 $.**
- **En 2010 (pour absorber le coût croissant du système), on pourrait devoir payer 60 $ et 120 $ pour voir respectivement son médecin et un spécialiste, et 60 $ par jour d'hospitalisation. Le maximum annuel que chaque Canadien aurait à verser serait de 3 000 $.**
- Si la garantie incluait les soins à domicile et l'assurance-médicaments, il faudrait majorer encore la part des utilisateurs.

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UN PARTAGE DES COÛTS ET DES RESPONSABILITÉS

- ✓ **Le système actuel encourage la surexploitation.** Les frais modérateurs ont exactement l'effet contraire : les gens y pensent deux fois avant de recourir au système.
- ✓ **Les grands utilisateurs du système devraient débourser davantage que ceux qui s'en servent très peu.**
- ✓ **Selon ce scénario, il ne serait pas nécessaire d'alourdir encore le fardeau fiscal.** Dans une économie mondiale aussi compétitive, il faut éviter d'affaiblir davantage notre position en augmentant les impôts personnels.
- ✓ **Le partage des coûts signifie que les sommes additionnelles versées par les Canadiens iront directement à la santé;** il renforcera en outre cette obligation que ressentent les professionnels envers leurs clients qui assument une part des coûts.
- ✓ **Comme la part des Canadiens à faible revenu serait réduite ou éliminée, le système demeurera équitable.**
- ✓ **Différents pays européens (par exemple la Suède et la France) appliquent déjà le principe du ticket modérateur.**

ARGUMENTS CONTRE LE PARTAGE DES COÛTS ET DES RESPONSABILITÉS

- **Les frais modérateurs pourraient devenir un obstacle à se faire soigner**, en particulier pour ceux qui auront l'impression de ne pas en avoir les moyens. Ils nuiront au traitement précoce, dont on a prouvé qu'il améliore les chances d'un rétablissement rapide et qu'il diminue les coûts de santé en général.
- **Rien ne prouve clairement qu'une utilisation abusive du système de santé constitue un problème majeur**[xvii].
- **Chaque Canadien paiera deux fois pour les services de santé** reçus, directement, mais aussi par le biais de ses impôts.
- **La plupart des dépenses en santé échappent au contrôle du patient;** par. ex. les visites chez les spécialistes, les soins hospitaliers et les médicaments sont habituellement prescrits par le médecin.
- **L'administration d'un ticket modérateur peut coûter cher.**
- **Ce scénario fait porter le fardeau aux patients et ne demande pas aux médecins, aux hôpitaux, etc., d'assumer une part des coûts.**

Scénario 3 — Laisser le choix

Introduction

Selon le troisième scénario, les Canadiens auraient plus de possibilités de recourir à des professionnels de la santé du secteur privé. Ainsi, parallèlement au système public, les Canadiens pourraient avoir accès à des organismes privés (à but lucratif ou non) qui détiennent un permis provincial et qu'ils devraient payer directement ou à l'aide d'une assurance privée.

Les personnes en faveur de ce scénario sont portées à croire que la meilleure façon de protéger notre système de soins de santé, de régler les problèmes liés à la prestation des services et d'étendre la couverture est d'encourager le secteur privé à investir davantage dans ce domaine, de manière à réduire les pressions qui s'exercent sur le système public et donner aux Canadiens un plus grand nombre d'options.

Contexte

- En principe, **les Canadiens ne peuvent pas prendre une assurance privée pour les soins de santé publics.** S'ils consultent l'un des rares médecins qui ne participe pas au régime d'assurance-santé, ils doivent généralement le payer directement.
- **D'après la loi, les médecins ont le choix d'offrir des services dans le cadre du régime d'assurance-santé ou de s'y soustraire** et ainsi facturer les clients eux-mêmes, mais ils ne peuvent pas faire les deux. En réalité, on retrouve dans certaines provinces des médecins rattachés au système public qui fournissent les mêmes soins dans des cliniques privées où les patients doivent débourser eux-mêmes les coûts. Comme cette pratique aide à réduire les pressions sur le système public, elle est permise par les gouvernements provinciaux.
- La majorité des médecins travaillent à leur propre compte. Plus de 95 % des hôpitaux sont des institutions privées, et pour **la plupart, à but non lucratif**. Dans les hôpitaux, des entrepreneurs privés assurent de nombreux services, notamment ceux liés aux laboratoires, à la restauration, à l'entretien et à la sécurité.
- **Dans certaines provinces, les cliniques privées offrent des services médicaux, chirurgicaux et de diagnostic, et envoient la facture directement aux patients.** Cela leur est permis pourvu qu'elles ne se fassent pas rembourser aussi par le gouvernement provincial. Il existe, par exemple, des cliniques d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et au Québec[xviii].
- **Dans des cas particuliers, les autorités provinciales achètent des soins et des traitements offerts dans des cliniques privées.** Cette pratique demeure acceptable dans la mesure où ces dernières ne demandent pas aux patients des frais supplémentaires pour les services en question (surfacturation).

Résultats de l'enquête soutenant ce scénario

- Trois Canadiens sur quatre (73 %) estiment qu'ils **devraient avoir la possibilité de recourir à un établissement privé** lorsque le système public ne leur donne pas accès en temps opportun aux soins de santé dont ils ont besoin. [64]*
- Dans l'ensemble du pays, 15 % des Canadiens affirment avoir été **incapables d'obtenir des soins de santé** lorsqu'ils en ont eu besoin (ce qui représente une augmentation de 2 % depuis 1989). [27]*
- La majorité des répondants critiquent le système quant à la **période d'attente requise pour recevoir des soins** : urgence (72 %), spécialiste (69 %), chirurgie prescrite (64 %) et intervention chirurgicale non urgente (61 %). [32]*
- 47 % d'entre eux s'accordent pour dire que l'avènement d'un **système à deux vitesses**, où des institutions privées dispenseraient les soins de santé de concert avec les institutions publiques, leur conviendrait. [58]*
- Les Canadiens se sentent plus **libres de prendre certaines décisions concernant leurs soins de santé.** Plus des deux tiers (69 %) s'informent auprès de leur médecin du médicament qu'il leur prescrit, et près des trois quarts (72 %) indiquent qu'ils préfèrent que leur médecin leur propose une variété de traitements possibles. [34]*

* Ces références correspondent aux figures que l'on retrouve dans l'ouvrage de Mendelsohn, Matthew, « Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle grâce à l'innovation », rédigé pour le compte de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001.

ÉLÉMENTS CLÉS DE CE SCÉNARIO

- **La panoplie des services couverts par le régime d'assurance-santé resterait la même.**
- **Les cliniques privées (à but lucratif ou non), certifiées par le gouvernement provincial afin de répondre aux mêmes critères de qualité que le système public, seraient autorisées à fournir l'ensemble des soins de santé, et les coûts seraient payés soit par le régime d'assurance-santé, soit par le patient (ou sa compagnie d'assurance). Si les services sont couverts par le régime d'assurance-santé, la facturation aux patients serait interdite.**
- **Les patients auraient le choix d'obtenir des soins de santé du système public, comme c'est actuellement le cas, ou du privé. S'ils optaient pour ce dernier, ils devraient débourser 100 % du coût des soins reçus. Cela dit, au lieu de payer de leur propre poche, ils auraient alors la possibilité de prendre une assurance privée individuelle ou collective (par exemple, au travail).**
- **Les médecins et les autres professionnels de la santé ne seraient plus obligés de choisir entre le régime d'assurance-santé et le secteur privé. Ce choix serait plutôt fait de concert avec leurs patients, au cas par cas** — ils décideraient ensemble des soins devant être couverts par le régime et de ceux qui doivent être facturés autrement.
- Si le régime en vient à couvrir les médicaments et les soins à domicile, cela se fera par une augmentation des dépenses publiques (comme dans le premier scénario) ou par une subvention versée aux Canadiens pour leur permettre de prendre une assurance privée.

ARGUMENTS EN FAVEUR DU LIBRE CHOIX

- ✓ **Ce scénario ne modifie pas le système de soins de santé tel qu'il existe à l'heure actuelle. Il permet d'éviter l'accroissement des dépenses publiques prévu dans le premier scénario et l'imposition de frais modérateurs compris dans le deuxième.**
- ✓ **Il est logique d'encourager les investissements privés afin de diminuer les pressions sur le système public.** Ces investissements seront cruciaux dans les années à venir si nous voulons être en mesure de répondre à une plus forte demande sans avoir pour cela à hausser trop les impôts.
- ✓ **Il est important de multiplier les options en matière d'accès aux soins de santé.** Il en résultera pour les Canadiens des services plus rapides, des périodes d'attente moins longues ainsi qu'une réduction des heures de travail perdues.
- ✓ **Les solutions de rechange offertes par le secteur privé favoriseront la concurrence et inciteront les professionnels de la santé à innover et à améliorer leurs services.**
- ✓ **Les Canadiens veulent bénéficier plus librement des soins de santé les plus adéquats pour eux et pour leur famille.** Des cliniques privées pouvant répondre à cette exigence apparaissent déjà dans tout le pays.
- ✓ **Certains Canadiens se sont déjà fait traiter à leurs frais aux États-Unis. Tous les Canadiens prêts à payer les sommes demandées devraient pouvoir bénéficier des mêmes soins sans quitter le pays.**

ARGUMENTS CONTRE LE LIBRE CHOIX

- **Ce scénario crée à l'échelle nationale un système à deux vitesses. Il confirme l'idée que les personnes ayant plus d'argent devraient pouvoir passer avant les autres et obtenir plus rapidement des soins de meilleure qualité.**
- **Il aura concrètement pour effet de diminuer la qualité des soins offerts aux Canadiens qui ne bénéficient pas d'une assurance privée supplémentaire. Les personnes à faible revenu seront donc dans une position désavantageuse,** car elles n'ont pas les moyens de payer les primes d'une couverture d'assurance privée élargie. Au fil des ans, pour réduire les coûts, les gouvernements vont s'en prendre aux services publics, obligeant ainsi les individus à se payer des soins ou à s'en passer.
- **En général, les coûts vont augmenter.** Certains Canadiens se trouveront à payer deux fois les soins de santé – par leurs impôts, puis par les sommes que leur demanderont les compagnies privées d'assurance ou les professionnels de la santé.
- **Les professionnels de la santé au secteur privé seront portés à accepter les patients qui sont en bonne santé et qui ont les moyens de se faire traiter, et à refuser ceux qui risquent de coûter cher.** Le système public serait alors obligé de s'occuper des personnes dont le revenu est très faible et dont les problèmes de santé sont les plus graves.
- **Ce scénario permettrait aux personnes ayant un revenu élevé d'obtenir des soins de santé plus rapidement, qu'elles en aient besoin ou non.**
- Même s'ils ne sont pas obligés de se retirer complètement du régime d'assurance-santé pour travailler dans des cliniques privées, **les professionnels de la santé hautement qualifiés seront tentés de consacrer plus de temps aux cliniques privées, ce qui diminuera la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux** ainsi que dans les établissements de santé publics.

Scénario 4 — Réorganiser le mode de prestation des services

Introduction

Le quatrième scénario prévoit la réorganisation du mode de prestation des services de façon à dispenser des soins plus intégrés, à réaliser des économies et à étendre la couverture. Dans cette optique, chaque Canadien s'inscrirait auprès d'un réseau de professionnels de la santé qui fourniraient en équipe des services mieux coordonnés, plus rentables et plus accessibles.

Les partisans de ce scénario tendent à croire que l'injection continuelle de ressources dans notre régime de soins de santé — que ce soit par l'augmentation des dépenses publiques, les frais modérateurs ou les investissements privés — n'est pas une solution responsable ou viable; il serait préférable à long terme de réorganiser le mode de prestation des soins de santé pour éliminer les incitatifs qui favorisent actuellement la fragmentation des traitements, le gaspillage et les abus, et de les remplacer par des incitatifs qui assurent la coordination et l'efficacité, et qui améliorent la qualité des soins.

Contexte

- Le régime d'assurance-santé règle les frais des médecins, mais plus rarement ceux des autres professionnels de la santé. **Cela incite donc les gens à recourir aux services d'un médecin, qui sont assez coûteux, même lorsqu'un autre professionnel, dont les honoraires sont moins élevés, pourrait s'acquitter des mêmes tâches.**
- Les médecins sont habituellement **payés à l'acte**, ce qui signifie qu'ils reçoivent un montant fixe pour un examen ou un service, peu importe le temps qu'ils y consacrent. **Cet arrangement encourage les médecins à travailler de façon isolée, à moins se soucier de la coordination des soins avec d'autres professionnels, à procéder au cas par cas, à accélérer les consultations et à prendre de nombreux rendez-vous, ainsi qu'à fournir des soins qui prennent très peu de temps et à délaisser ceux qui en exigent davantage.**
- **La majorité des médecins** (6 sur 10 selon un sondage mené par l'Association médicale canadienne) **souhaiterait un régime de rémunération différent — soit un salaire ou une combinaison de salaire et de paiements à l'acte.**
- **Neuf personnes sur dix qui se présentent à la salle d'urgence d'un hôpital n'ont pas vraiment besoin de soins urgents**[xix].
- **Un certain nombre d'initiatives visant la réforme des soins de santé sont en cours à travers le Canada.** Des pharmaciens ayant reçu une formation spéciale travaillent plus étroitement avec des médecins; on adopte des pratiques collectives multidisciplinaires ainsi qu'une variété de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels. Dans plusieurs provinces, des centrales d'information téléphoniques ont été mises en place avec succès et ont contribué à réduire les pressions dans les salles d'urgence des hôpitaux[xx].

Résultats de l'enquête soutenant ce scénario

- Trois Ontariens sur quatre (76 %) estiment que le maintien du système actuel **ne peut être assuré uniquement par des investissements en argent**. [12]*
- Près des trois quarts des Canadiens (74 %) **préféreraient consulter un omnipraticien** qui **fait partie d'une équipe** plutôt qu'un médecin qui travaille de façon isolée. [83]*
- Près de la moitié des résidents de la Saskatchewan (49 %) sont d'avis que des équipes formées de professionnels de la santé de première ligne pourraient **améliorer la qualité des soins** qu'ils reçoivent. [81]*
- Dans le cas des soins de santé courants, une majorité de Canadiens (54 %) affirment qu'ils accepteraient **de consulter une infirmière spécialisée** plutôt qu'un médecin (cette proposition ne soulevait aucune objection ferme chez encore 25 % des répondants). [82]*
- Une majorité de Canadiens (51 %) privilégierait les investissements dans de nouvelles approches comme **les soins communautaires et le dépistage précoce** plutôt que dans le système tel qu'il existe actuellement. [85]*

* Ces références correspondent aux figures que l'on retrouve dans l'ouvrage de Mendelsohn, Matthew, « Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle grâce à l'innovation », rédigé pour le compte de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001.

ÉLÉMENTS CLÉS DE CE SCÉNARIO

- **Chaque famille et chaque individu s'inscriraient auprès d'un réseau multidisciplinaire de professionnels de la santé** (formé, entre autres, de médecins, d'infirmières et d'infirmiers, de nutritionnistes, de pharmaciens et de psychologues) **qui travailleraient en équipe pour fournir des soins intégrés de la façon la plus économique. Le réseau dispenserait également des soins de première ligne et veillerait à ce que les patients bénéficient de tous les autres services nécessaires,** qu'il s'agisse d'un séjour hospitalier, de soins à domicile, de soins palliatifs ou de médicaments délivrés sur ordonnance.

- **Les soins seraient offerts par l'entremise de ce réseau, et les individus et leurs familles ne pourraient modifier leur inscription qu'une seule fois par année, ou lorsqu'ils déménagent.**

- **Chaque réseau serait affilié à une clinique ou en mettrait une sur pied; cette clinique serait ouverte 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, et offrirait à la fois des services sur place aux patients inscrits et des conseils téléphoniques.**

- **Dans les régions rurales,** les réseaux seraient appelés à couvrir de grands territoires géographiques et l'on pourrait ne trouver qu'un seul réseau par région. En outre, **il faudrait des arrangements spéciaux pour assurer des niveaux de service comparables.**

- **Le régime d'assurance-santé verserait annuellement au réseau un montant négocié pour chaque famille ou personne inscrite.** Cette somme lui permettrait de fournir des soins de première ligne et d'acheter tout autre service hospitalier ou spécialisé dont il a besoin. Des fonds supplémentaires seraient alloués à des populations ayant des besoins particuliers (par exemple les malades astreints à une dialyse).

- Puisque chaque réseau recevrait un montant annuel fixe pour chaque personne inscrite, un incitatif serait prévu afin de favoriser la prestation des services de la manière la plus économique. **Par exemple, un patient ne consulterait pas un médecin si une infirmière ou un autre professionnel peut lui donner les soins requis. Le réseau serait aussi encouragé à mettre l'accent sur la prévention et à fournir aux patients des informations leur permettant d'être davantage responsables de leur santé.**

- **La réorganisation du mode de prestation serait conçue afin d'intégrer et d'améliorer les services, d'étendre la couverture** (aux soins à domicile et aux médicaments) **et d'accroître l'efficacité de façon à réduire les augmentations des dépenses publiques (comparativement au premier scénario).**

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE RÉORGANISATION DU MODE DE PRESTATION DES SERVICES

- ✓ **Les nouveaux réseaux offriraient un guichet unique** — les patients et leurs familles auraient un accès plus rapide et amélioré à un plus large éventail de professionnels de la santé et de soins, ce qui comprendrait alors, entre autres, les soins à domicile, les soins palliatifs et les médicaments délivrés sur ordonnance.
- ✓ **En travaillant en équipe, les professionnels de la santé seront en mesure d'offrir des soins mieux coordonnés, plus homogènes et plus efficaces,** ce qui permettra de supprimer les services ou les consultations inutiles, d'éviter les ordonnances incompatibles et de **traiter la personne « dans son ensemble »** .
- ✓ **Les patients auraient accès à une clinique ainsi qu'à une ligne conseil 24 heures sur 24, 7 jours sur 7,** ce qui augmenterait le niveau de service tout en réduisant le nombre des demandes non urgentes dans les salles d'urgence des hôpitaux.
- ✓ En raison du financement fixe per capita, **les réseaux seraient fortement encouragés à insister sur la prévention et à offrir des soins de la manière la plus rentable.**
- ✓ **Les médecins et les autres professionnels de la santé membres du réseau bénéficieraient d'un horaire de travail et d'un salaire plus réguliers,** et seraient mieux équipés pour partager les lourdes responsabilités qui découlent de la prestation de soins de santé et de la gestion d'un cabinet.
- ✓ **En modifiant les incitatifs et en améliorant l'efficacité du mode de prestation des soins de santé, nous pouvons éviter de perdre le contrôle des coûts.** Cette approche est beaucoup plus viable, car elle permet d'offrir de meilleurs services et une couverture élargie tout en limitant le besoin croissant d'augmenter les impôts, d'imposer des frais modérateurs ou d'avoir recours aux investissements du secteur privé.

ARGUMENTS CONTRE UNE RÉORGANISATION DU MODE DE PRESTATION DES SERVICES

- **En obligeant les Canadiens à fréquenter uniquement le réseau auquel ils se sont inscrits** (et en les autorisant à ne changer de réseau qu'une fois l'an ou au moment de déménager), **on les expose à un système qui pourrait facilement devenir bureaucratique, rigide et insensible à leurs besoins.**
- **La relation qui existe entre un patient et le médecin qui lui donne des soins de première ligne** est primordiale; elle risque **d'être affaiblie ou détruite sous ce régime.**
- En insistant pour que le patient consulte un professionnel qui n'est pas médecin, il se pourrait que le réseau compromette inutilement sa santé en vue d'épargner de l'argent. Malgré les meilleures intentions des professionnels, **la qualité des soins sera inévitablement sacrifiée à un système impersonnel et davantage préoccupé par la diminution des coûts.**
- **Il sera beaucoup plus difficile pour le patient d'obtenir vraiment une seconde opinion** lorsqu'il le souhaite et qu'il en a besoin.
- **En demandant aux Canadiens de changer la façon dont ils se procurent de l'aide médicale, il faut s'attendre à une vive résistance. De plus, nous demandons aux médecins et à d'autres professionnels de la santé de modifier leur façon de travailler. C'est beaucoup, et cela risque de se répercuter sur le moral de toutes les personnes concernées.**
- **La transition vers ce nouveau modèle de soins de santé de première ligne sera compliquée et coûteuse,** et les économies pourraient s'avérer négligeables, même à long terme.

Notes du Cahier du participant

i Conference Board of Canada, *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Sustainability*, Ottawa, automne 2001.

ii Mendelsohn, Matthew, *Réflexions sur le système de soins de santé : maintien du modèle canadien grâce à l'innovation*, préparé pour la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, Saskatoon, novembre 2001 (voir figure 3, Ipsos-Reid).

iii Ibid., voir figure 30, Fonds du Commonwealth, Enquête sur la santé, politique internationale, 1988; figure 31, Ipsos-Reid, 2000; figure 32, Earnscliffe/POLLARA, 1998.

iv Santé Canada, "Données sur le financement et l'utilisation – Nombre de clients des services à domicile selon la catégorie de service (1996-97) – Données fournies par les provinces et territoires," www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/stat_7.html.

v Mendelsohn, op. cit., voir figure 7, Sondages Focus Canada d'Environics, et figure 8, Earnscliffe/POLLARA, 1998.

vi Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Les soins de santé au Canada*, Ottawa, p. 71-73; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des canadiens : le rôle du gouvernement* fédéral (Rapport intérimaire – volume un, *Le chemin parcouru*), Ottawa, mars 2001, p. 25-26.

vii Evans, R. G., "Canada," section spéciale du *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (5), octobre 2000, www.jhppl.org.

viii ICIS, op. cit., p. 72-73.

ix Conference Board of Canada, op. cit., Annexes.

x Ministres de la santé provinciaux et territoriaux, *Comprendre les coûts du système de santé du Canada : rapport final*, août 2000, p. 35-37, www.gov.on.ca/health/french/pubf/ pub_mnf.html).

xi Conference Board du Canada, *Rendement et potentiel 2001-2002*, Ottawa, 2001.

xii Comité sénatorial permanent, op. cit., p. 88.

xiii Le Conference Board prévoit que les dépenses consacrées à la santé publique devront augmenter en moyenne de 5,2 % par année de 2000 à 2020 si l'on veut faire face à la croissance et au vieillissement de la population ainsi qu'à l'accroissement réel du volume des services et à l'inflation. En même temps, les recettes des gouvernements provinciaux et territoriaux, y compris les transferts fédéraux, devront augmenter en moyenne de 3,6 % par année d'ici 2020. Il faudra également envisager d'affecter à la santé publique des sommes déjà engagées dans d'autres secteurs, sinon de hausser les impôts. Pour 2001, le Conference Board estime que les dépenses consacrées à la santé publique (66 milliards de dollars) représentent 32,6 % des recettes totales des provinces et des territoires. Ne serait-ce que pour faire face aux facteurs précités, il prévoit que les dépenses en santé publique devront passer à 78,6 milliards de dollars en 2005, soit 34,4 % du revenu total si les taux d'imposition restent aux niveaux actuels. Si elles se maintiennent à 32,6 % des revenus projetés pour 2005, elles se chiffreraient à 74,4 milliards de dollars, soit un manque à gagner de 4,2 milliards. D'ici 2010, selon le Conference Board, il faudra investir 101,5 milliards de dollars. Si l'on considère que les recettes totales projetées seraient de 282,1 milliards de dollars (compte tenu des hausses d'impôts depuis 2005), une part de 32,6 % correspondrait à 92,0 milliards, soit un manque à gagner de 9,5 milliards.

xiv Conference Board of Canada, *The Future Cost of Health Care*, op. cit.

xv Swedish National Board of Health and Welfare, *Patient Charges and Demand for Care*, 2000, à l'adresse www.sos.se/sos/publ/REFERNG/0003008E.htm. Pour la France, voir Physicians for a National Health Program, « International Health Systems », sans date, pnhp.org/international.htm.

xvi Les sommes réunies grâce aux frais modérateurs s'élèveraient à 4,2 milliards de dollars en 2005 et à 11,2 milliards en 2010, plus 15 % environ pour les frais administratifs. Les montants nets correspondent aux hausses d'impôts (plus l'effet composé) prévues dans le scénario 1. Aucun changement de comportement n'est envisagé, les consultations d'omnipraticiens et de spécialistes devant augmenter de 0,7 % par année selon les tendances déjà observées. Le temps d'hostitalisation per capita en 2005 et 2010 est estimé à 0,69 jour. La répartition des utilisateurs de services de santé est extrapolée à partir des données sur les médicaments assurés et les prestations d'hospitalisation supplémentaires. Les chiffres ne varient au fil des ans qu'en fonction du taux d'inflation.

xvii Stoddart, G. L., M. L. Barer and R. G. Evans, *User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature*, document de travail déposé par l'Ontario Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, Toronto, 1994.

xviii « Canada's medical system lacks many bells and whistles », State of Health Care Quarterly Report, *National Post*, novembre 2001.

xix Rachlis, M., *Revitalizing Medicare: Shared Problems, Public Solutions*, Tommy Douglas Research Institute, Vancouver, 2001.

xx Saskatchewan Commission on Medicare, *Caring for Medicare, Sustaining a Quality System*, Regina, avril 2001, p. 98.

Notes

1 Porteous, Wendy F., *Le forum des citoyens sur l'avenir du Canada : rapport sur le processus consultatif* (Centre canadien de gestion, Ottawa, mars 1992); Ham, Laurie, *Strengthening Government-Citizen Connections: Health Policy in Canada* (Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2000).

2 Abelson, Julia, Jonathan Lomas, John Eyles, Stephen Birch et Gerry Veenstra, "Does the Community Want Devolved Authority? Results of Deliberative Polling in Ontario," *Journal de l'Association médicale canadienne*, le 15 août 1995; Abelson, Julia et Jonathan Lomas, "In Search of Informed Input: A Systematic Approach to Involving the Public in Community Decision-Making," Healthcare Management Forum, hiver, 1996; Forest, Pierre-Gerlier, Julia Abelson, Francois-Pierre Gauvin, Patricia Smith, Elisabeth Martin et John Eyles, "Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec," étude réalisée à la requête du Conseil de la santé et du bien-être du Québec, Québec, 2000.

3 La méthodologie ChoiceWork élaborée par Viewpoint Leaning Inc. décrite dans ce chapitre est protégée par un droit d'auteur.

4 Yankelovich, Daniel, *The Magic of Dialogue: Transforming Conflict into Cooperation* (Simon & Schuster, Inc., New York, N.Y., 2001); et *Coming to Public Judgment: Making Democracy Work in a Complex World* (Syracuse University Press, Syracuse, N.Y., 1991).

5 Consulter l'annexe 1 pour plus de détails concernant la méthode ChoiceWork Dialogue.

6 Consulter l'annexe 2 pour connaître les dates et l'endroit auxquels les dialogues ont eu lieu.

7 Le régime d'assurance-santé signifie tous les services inclus dans la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que les autres services financés par l'État et dispensés au moyen des régimes provinciaux.

8 Montants exprimés en dollars constants de 1992. Les données sur les dépenses qui figurent dans le cahier proviennent en majeure partie de l'étude du Conference Board du Canada intitulée « The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Sustainability ». C'est la seule source publiée qui pouvait fournir l'information sur les prévisions des dépenses à l'échelle nationale jusqu'en 2020. Les prévisions du Conference Board se fondent sur l'inflation, la croissance démographique, le vieillissement et les hausses nettes du volume des services. Dans son étude, le Conference Board n'a pas tenu compte des dépenses des administrations municipales, des commissions des accidents du travail et des dépenses directes du gouvernement fédéral.

9 Ce point ne figure pas dans le cahier de consultation. Les facilitateurs l'ont expliqué verbalement à l'aide des tableaux muraux.

10 Même si la question est des plus controversées, l'équipe de recherche estimait important que les participants aient une idée générale de la répartition du financement entre le fédéral et les provinces. Ils ont donc été informés de la répartition de 65-35 dans une note explicative qui se lisait comme suit : « La part fédérale de 35 % comprend les points d'impôt (le pouvoir de taxation) cédés aux provinces en 1977. Si l'on ne tient pas compte des points d'impôt, le part fédérale s'élève à approximativement 18 % et celle des provinces, à 82 % du total ». (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral* [Rapport intérimaire – Volume un : *Le chemin parcouru*], mars 2001, p. 22, www.parl.gc.ca)

11 L'équipe avait sérieusement envisagé deux autres scénarios. Le premier aurait porté sur la couverture (services désassurés et ajout d'autres services non couverts actuellement), mais il a par la suite été écarté car les citoyens ne sont pas les mieux placés pour déterminer quels sont les services « médicalement nécessaires ». Il a plutôt été décidé de traiter la question dans le cadre de chacun des

quatre scénarios. Le deuxième aurait porté sur la prestation de services privés à plus grande échelle, avec option de mise en commun des risques sans hausse des coûts pour les usagers, que ce soit à titre personnel ou par le biais d'une assurance privée. Ce scénario n'était pas assez solide pour offrir une option qui se distinguait nettement du statu quo. L'équipe a donc décidé d'amener les citoyens à fouiller au maximum la question de la privatisation.

12 Il faut faire ici une réserve importante. Malgré une recherche approfondie des sources canadiennes et internationales, l'équipe n'a pu trouver de sources dignes de foi sur les coûts possibles de la mise en œuvre d'une réforme des soins de santé primaires et sur les économies à long terme qui pourraient être réalisées à cet égard. Nous avons repéré un rapport technique sur les coûts intitulé « Proposed Inter-professional Primary Health Care Groups (PCGs) Costing Models », rédigé par Milliman & Robertson Inc. dans le cadre de la stratégie sur les soins primaires de santé en Ontario de la Commission de restructuration des services de santé, 1999. L'équipe n'était cependant pas à même de vérifier les conclusions du rapport.

13 Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Volume II, Rapports de synthèse et documents de référence, 1997, p. 4, wwwnfh.hc-sc.gc.ca.

14 *Ibidem*, Volume II, p. 3-38.

15 « [...] la majorité des participants ont fait preuve d'ingéniosité pour éviter les choix difficiles. Ils considèrent que notre système de soins de santé est menacé, mais hésitent à y changer quoi que ce soit malgré la promesse de l'améliorer et de le rendre plus juste. Nombre d'entre eux craignent que la "réforme des soins de santé" ne soit un prétexte pour supprimer des services. » (Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, Volume II, Rapports de synthèse et documents de référence, 1997, p. 4, wwwnfh.hc-sc.gc.ca.)

16 Le sondage téléphonique, qui a eu lieu entre le 14 et le 21 mars 2002, a été mené auprès d'un échantillon de 1 600 Canadiens choisis au hasard. Une fois les données recueillies, elles ont été traitées statistiquement selon l'âge, le sexe et la région des répondants pour s'assurer que les résultats étaient représentatifs de la population canadienne âgée de 18 ans et plus. Cet échantillon est considéré exact dans une proportion de +/- 2,5 %, 19 fois sur 20.

17 En fait, lorsqu'on a demandé aux participants de déterminer lequel des quatre scénarios ils préféraient, l'accroissement de l'investissement public a été plus souvent choisi (42 %), comparativement à la réforme des soins primaires (25 %), aux frais modérateurs (22 %) et à l'accès aux services de santé privés (9 %). Cependant, pour ces répondants, l'accroissement de l'investissement public signifiait une réaffectation des dépenses et non une hausse d'impôts.

18 L'échelle de cotation de quatre chiffres encourage les répondants à être soit pour soit contre un scénario afin de réduire le nombre d'indécis, c'est-à-dire le nombre de personnes qui ne savent pas ou qui n'ont pas d'opinion sur le sujet. En revanche, l'échelle de cotation de sept chiffres permet de choisir une cote au milieu de l'échelle, maximisant ainsi le nombre d'indécis, ou plutôt d'incertains (pour illustrer ce point technique, si vous deviez répartir le nombre d'indécis parmi les favorables et les défavorables, les résultats seraient les mêmes que ceux du sondage). L'échelle de quatre chiffres utilisée dans le sondage était partagée comme suit : fortement favorable, plutôt favorable, plutôt défavorable, fortement défavorable. L'échelle de sept chiffres qui figurait dans les questionnaires sur les dialogues était répartie comme suit : 1 = fortement défavorable, 7 = fortement favorable – veuillez entourer un chiffre pour chacun de vos choix).

19 Citation de la lettre du commissaire adressée aux participants du dialogue (incluse dans le cahier).

20 Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, *Indicators of Quality of Life in Canada : A Citizens' Prototype*, résumé des résultats des séances de dialogue et prototype d'indicateurs nationaux, Ottawa, avril 2001.